

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Verwielstraat

Wij zijn verplicht uw identiteitsbewijs te controleren als u zich inschrijft bij onze praktijk.

Neem een geldig identiteitsbewijs mee als u dit formulier komt inleveren.

Achternaam

Voorletter/s Roepnaam

Geboortedatum BSN

Zorgverzekering Polisnummer

Adres

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

Emailadres

Contactpersoon

Telefoonnummer

Woont u samen of gaat u samenwonen met iemand die al patiënt bij ons is? Ja / Nee

Zo ja, wat is de naam en geboortedatum van deze persoon?

.....

Apotheek van uw keuze

☐ Apotheek De Langstraat (Burgemeester Verwielstraat 2G – Waalwijk)

☐ Apotheek Olympia (De Coubertinlaan 10c – Waalwijk)

☐ Apotheek De Ducdalf (Blyde Incomstelaan 9 – Waalwijk)

☐ Apotheek Driessen (Koetshuislaan 603 – Waalwijk)

Hierbij machtig ik Huisartsenpraktijk Verwielstraat mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts. Handtekening

Naam vorige huisartsenpraktijk

Adres..... Woonplaats

Gaat u ermee akkoord dat uw medische gegevens ingezien kunnen worden door de dokter op de huisartsenspoedpost en de medicatie door uw apotheker? Ja / Nee

Medische voorgeschiedenis

Bent u bekend met een van onderstaande aandoeningen?

- ☐ Diabetes Mellitus / Suikerziekte ☐ Epilepsie
☐ Hypertensie / Hoge bloeddruk ☐ Hart en/of vaatziekte
☐ Longziekte (COPD / Astma / Chronische bronchitis / TBC)
☐ Anders, namelijk

Ontvangt u jaarlijks een griepvaccinatie? Ja / Nee

Bent u onder behandeling van een specialist? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor en welke
.....

Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Ja / Nee

Zo ja, wanneer en welke
.....

Bent u bekend met een allergie? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor
.....

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Gelieve hieronder in te vullen of een medicatieoverzicht bij te voegen.

Naam geneesmiddel:	Sterkte:	Dosering:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		