

## **Inschrijfformulier**

Hiermee verklaart u op naam te zijn ingeschreven bij onderstaande praktijk.

**Huisartsenpraktijk Dhr. S. Tedjoe, huisarts**

**De Vennen 1a 1151 BK BROEK IN WATERLAND**

**T 020-4031342 / F 020-4033696**

[info@huisarts-broekinwaterland.nl](mailto:info@huisarts-broekinwaterland.nl)

[huisartstedjoe@ezorg.nl](mailto:huisartstedjoe@ezorg.nl)

Naam:.....

Meisjes naam:.....

Voorletters:.....

Geslacht: M / V \*

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Postcode en woonplaats:.....

Telefoonnummer huis:.....

Mobiel:.....

E-mail adres:.....

BSN:.....

Rijbewijsnummer\* / IDnummer\* / Paspoortnummer\* :.....

Naam ziektekostenverzekeraar:.....

Relatienummer:.....

Zijn er reeds familieleden/huisgenoten ingeschreven in onze praktijk?

Zo ja, svp geb.datum en naam:.....

Naam en woonplaats vorige huisarts:.....

Naam en woonplaats vorige apotheek:.....

Gebruik medicijnen, ja/nee\*

Zo ja, welke en welke dosering?.....

.....

.....

\*doorhalen wat niet van toepassing is

Bent u allergisch, ja/nee\*

Zo ja, waarvoor?:.....

Bent u geopereerd in het verleden, ja/nee\*

Zo ja, wanneer en wat voor operatie?:.....

.....

.....

Heeft u een chronische aandoening (bv hoge bloeddruk, suikerziekte, hart en vaatziekte, astma, COPD) en zo ja, wanneer is deze geconstateerd?:.....

.....

.....

Bent u onder behandeling van een specialist, ja/nee\*

Zo ja, waarvoor?:.....

Komen er hart- en vaatziekten of suikerziekte voor bij 1e graads familieleden, ja/nee\*

Zo ja, wanneer geconstateerd?:.....

Bent u zwanger, ja/nee\*

Zo ja, hoeveel weken?:.....

Alcohol:.....

Roken:.....

Drugs:.....

Geeft u toestemming voor het delen van medische gegevens? JA / NEE\*

Voor meer informatie kunt u de volgende website inzien:

<https://www.volgjezorg.nl/toestemming>

Handtekening:

Inschrijfdatum: