

## **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:

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?

Zo ja, wanneer geconstateerd?

Bent u zwanger?

Zo ja, hoeveel weken?

Alcohol:

Roken:

Drugs:

Komt u in aanmerking voor de griepvaccinatie? JA / NEE

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: