

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

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 met hetzelfde adres 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?

Gewicht:

Lengte:

*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

zo ja, wilt u de griepvaccinatie? JA / NEE

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

Geeft u toestemming om uw medische dossier op te vragen bij uw vorige huisarts? JA / NEE

Voor meer informatie kunt u de volgende website inzien:

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

Handtekening:

Inschrijfdatum: