

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

huisartstedjoe@ezorg.nl

Naam:

Meisjesnaam:

Voorletters:

Geslacht: M / V *

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer huis:

Mobiel:

E-mailadres:

BSN :

Rijbewijsnummer* / IDnummer* / Paspoortnummer*:

Naam ziektekostenverzekeraar:

Relatienummer:

Zijn er 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 JA / NEE: hoeveel eenheden per week?

Roken JA / NEE: Sigaretten* / shag* / sigaar* / e-sigaret* - hoeveel per dag?

Drugs JA / NEE: welke soort 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>

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

Ik ben bekend met het Privacybeleid van huisartsenpraktijk Broek in Waterland en ga hiermee akkoord

Handtekening:

Inschrijfdatum:

*doorhalen wat niet van toepassing is