

Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Wij verzoeken u dit formulier persoonlijk in te leveren en hierbij een geldig identiteitsbewijs te laten zien.

Aan uw vorige huisarts kunt u doorgeven dat wij uw nieuwe huisarts zijn en vragen of zij uw medische gegevens naar ons willen opsturen.

Wilt u ook het LSP-toestemmingsformulier van de site invullen en bij ons inleveren?

Achternaam:

Meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geslacht man/vrouw:

BSN:

Beroep:

Burgerlijke staat:

Aantal gezinsleden:

Straatnaam + huisnummer:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel :

E-mail:

Gaat u wonen bij iemand die bij ons in de praktijk staat ingeschreven?

Zo ja, graag zijn/haar naam en geboortedatum:

Zorgverzekeraar + nummer:

Vorige huisarts + plaats:

Geeft u Huisartsenpraktijk Woubrugge toestemming om uw gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen? ja / nee

Heeft u een indicatie voor de jaarlijkse griepvaccinatie? Zo ja, waarom?

Rookt u?	ja/nee	zo ja, sinds:
Heeft u vroeger gerookt	ja/nee	zo ja, gestopt sinds:
Vapet u? (e-sigaret)	ja/nee	zo ja, sinds:

Heeft u een van de volgende aandoeningen?

- | | | |
|-----------------------------|--------|--------------|
| • Verhoogde bloeddruk | ja/nee | zo ja, sinds |
| • Hartziekte | ja/nee | zo ja, sinds |
| • Suikerziekte | ja/nee | zo ja, sinds |
| • Longziekte | ja/nee | zo ja, sinds |
| • Allergie/overgevoeligheid | ja/nee | zo ja, sinds |
| • Astma | ja/nee | zo ja, sinds |
| • COPD | ja/nee | zo ja, sinds |

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

Datum:

Handtekening: