

Inschrijving nieuwe patient Huisartsenpraktijk Schenkel

A

Gegevens nieuwe patient

Achternaam Geslacht Vrouw Man
Voorletters/Voornaam Geboortedatum/...../.....
Adres
Postcode en woonplaats
Mobiële telefoon 06 - Vaste telefoon
Email
Evt contactpersoon/tel.nummer (bijv kinderen, bureu)
Burger Service Nummer
Verzekeringsmaatschappij en polisnummer
Burgerlijke staat Gehuwd Gescheiden Weduwe/weduwenaar sinds
(volwassenen) Samenwonend Alleenstaand Geregistreerd partnerschap

Mijn apotheek:

Schenkel BENU Rozenburcht BENU Oostgaarde Schollevaar
 Spoorlaan 's-Gravenland anders, nl

Gegevens vorige huisarts

Naam huisarts
Woonplaats
Is uw medische dossier bij ons bekend ? Ja, dat heb ik meegebracht of is al overgedragen door de vorige huisarts
 Nee, maar ik heb mijn vorige huisarts op/...../..... (datum)
gevraagd mijn dossier naar mijn nieuwe huisarts te sturen
 Nee, ik moet dit nog regelen

Per heden wil ik mij als vaste patiënt inschrijven bij :



Huisartsenpraktijk Schenkel

Bongerd 2, 2906 VK Capelle aan den IJssel
tel: 010-4512512 / fax: 010-4424364
AGB: 01052913

Ik* geef mijn vorige huisarts toestemming om mijn medische gegevens over te dragen aan bovenstaande praktijk.
Tevens geef ik hierbij toestemming om de gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen zorg en om gegevens te delen met andere zorgaanbieders, voor zover nodig voor mijn behandeling.

Datum/...../..... Handtekening

* voor kinderen tot 16 jaar geldt dat de wettelijk vertegenwoordiger (mede) toestemming dient te verlenen

Onder deze lijn niet invullen a.u.b.

pt in mcom ONI verzekering WID ID documentnr : RB / PP / IND
 ptnr lijst ptnr stamkrt ION dossier ontvangen dossier ingevoerd

KM j
 n

Medische gegevens nieuwe patient

Naam	Geboortedatum/...../.....
------------	---------------------------------

Ziekten en operaties

(bijv hoge bloeddruk, suikerziekte, herseninfarct/TIA, hartinfarct, blindedarmoperatie, astma, gebroken been, depressie, migraine etc, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welke medicijnen gebruikt u ? (inclusief pufjes, insuline en "zo nodig" medicijnen)

Graag ook dosering vermelden (aantal milligram, aantal keer per dag, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergieën

.....

.....

.....

Andere bijzonderheden/vermeldenswaardigheden

.....

.....

.....

.....