**INSCHRIJFFORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNTEN**

Achternaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats/land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thuis nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobiel nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. Wettelijk ident.doc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soort identiteitsbewijs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat/huisnummer/toevoeging: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon nr. in noodsituatie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verklaart hierbij dat hij/zij per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ staat ingeschreven bij:

**Nieuwe huisarts:**

*Huisartsen Vrolikstraat*

*[ ] C. Wicke / [ ] V.S.G. Huiskes (svp aankruisen welke huisarts u wilt)*

*Vrolikstraat 191-E*

*1091 TW Amsterdam*

*T 020-693 85 77 - F 020-665 64 89*

*AGB-code praktijk: 01054593*

**Gegevens oude huisarts:**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De oude huisarts wordt verzocht de patiënt uit te schrijven en het elektronische dossier naar *Huisartsen Vrolikstraat*  te sturen, via Zorgmail Filetransfer.

Plaats:

Datum:

Handtekening:

**MEDISCHE GEGEVENS**

Wij vragen uw dossier op bij uw vorige huisarts. Graag ook onderstaande vragen beantwoorden:

Ziektegeschiedenis:

Heeft u op dit moment of in het verleden belangrijke ziekten doorgemaakt of operaties ondergaan? Geef a.u.b. aan: welke ziekte, behandelend arts/ziekenhuis, periode/jaartal

Gebruikt u medicijnen? Geef a.u.b. aan welke, sterkte en hoe vaak uw de medicatie gebruikt.

Komen er in uw naaste familie ziekten voor? Zo ja, welke? (Bijvoorbeeld, hoge bloeddruk, Hart- en vaatziekten, kanker, diabetes, beroerte, astma)

Rookt u?

Nee

Ja, namelijk: sigaretten per dag

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja, namelijk glazen \_ \_ \_ \_ per dag/week

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, namelijk:

Heeft u een allergie? (bijvoorbeeld voor medicatie, hooikoorts)

Mogen wij uw patiëntgegevens beschikbaar stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via de infrastructuur voor zorgcommunicatie LSP (voor meer informatie ga naar www.volgjezorg.nl)? Omcirkelen wat van toepassing is:

Ja/Nee