Vastgesteld door manager

 Laatst bijgewerkt 20-05-2019

 Documentnummer ADM5.1F01

 **INSCHRIJFFORMULIER**

achternaam M / V................................

meisjesnaam ........................................

voorletter(s) .........................................

geboortedatum .......-.........-.......................

adres .........................................

postcode .........................................

telefoonnr .........................................

mobiel .........................................

apotheek rijnmond / oost / de jonge /westeinde/ furiade / anders;…….

BSN .........................................

verzekering .........................................

verzekeringsnr .........................................

email adres .........................................

naam vorige huisarts .........................................

Gaat u akkoord met het elektronisch opvragen van uw medisch dossier JA / NEE

Datum …………………………..

Handtekening patiënt ..............................

**Om de inschrijving te voltooien, dient u dit formulier in te leveren bij de praktijk, samen met een geldig legitimatiebewijs.**

In te vullen door assistente

* OPT-IN akkoord JA / NEE
* ID / rijbewijs / paspoort / vreemdelingen document, nummer;…………………………………..
* Voorkeur huisarts………………………………
* Kennismakingsmakingsgesprek gewenst JA / NEE
* Datum .......-.........-...............
* Aangenomen door

**Anamnese formulier**

**Naam**

**Geboortedatum**

Wat is uw beroep

Bent u bekend met een van de volgende ziektes?

* Hoge bloeddruk
* Diabetes
* Hart-/vaatziekten
* Astma/COPD
* Andere, welke..........

Bent u allergisch

* Nee
* Ja, voor..........

Gebruikt u medicijnen?

* Nee
* Zo ja, welke

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam** | **Sterkte** | **Gebruik** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Spreekt u de nederlandse taal?

* Ja
* Nee

Zo nee, wie is uw contact persoon?

Naam

Telefoonnummer

Overige informatie