**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Ophemert/Passewaaij**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ophemert*Weverstraat 2b4061 AP Ophemert0344-651258 |  *Passewaaij* Vuurdoorn 6 4007 TR Tiel  0344-636223 |

Persoonsgegevens

Voorletters/voornaam: ………………/.……………………………………………………………….. M □ V □

Achternaam: …………………………………………………………………………………..

Meisjesnaam: …………………………………………………………………………………..

Geboortedatum: ………-………-………

Adres: …………………………………………………………………………………..

Postcode: …………………………………………………………………………………..

Woonplaats: …………………………………………………………………………………..

Thuis telefoonnummer: …………………………………………………………………………………..

Mobiel telefoonnummer: 06-……………………………………………………………………………..

E-mailadres: …………………………………………………………………………………..

Naam verzekering: …………………………………………………………………………………..

Verzekeringsnummer: …………………………………………………………………………………..

Burgerservicenummer(BSN): …………………………………………………………………………………..

Apotheek\*: …………………………………………………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Als u hier niets invult nemen wij aan dat u zich inschrijft bij Apotheek Mediq Passewaaij.

Machtiging voor het opvragen van medische gegevens

□ Bovenstaande verklaart hierbij dat hij/zij zich met ingang van ……-……-…… (datum) als patiënt(e) aanmeldt bij Huisartsenpraktijk Ophemert/Passewaaij.

□ Bovenstaande verzoekt de vorige huisarts zijn/haar medische dossier op te sturen naar Huisartsenpraktijk Ophemert/Passewaaij.

*Gegevens vorige huisarts:*

 Naam: …………………………………………………………………………………..

 Adres: …………………………………………………………………………………..

 Plaats: …………………………………………………………………………………..

 Telefoonnummer: …………………………………………………………………………………..

 Fax nummer: …………………………………………………………………………………..

Handtekening: ………………………………………..

Datum: ………-………-……… Plaats: …………………………………



Aanvullende gegevens

**Bent u allergisch voor medicijnen of iets anders?**

□ Nee

□ Ja, namelijk (onderstaande tabel invullen)

|  |  |
| --- | --- |
| *Soort allergie* | *Aard van allergische reactie* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bent u bekend met belangrijke ziektes of operaties?**

□ Nee

 □ Ja, namelijk (onderstaande tabel invullen)

|  |  |
| --- | --- |
| *Belangrijke ziektes/operaties* | *Jaar van operatie/ontstaan ziekte* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Gebruikt u medicijnen?**

□ Nee

 □ Ja, graag uw nieuwe apotheek op de hoogte stellen.

**Heeft u de verandering van huisarts doorgegeven aan het behandelende ziekenhuis?**

 □ Nee, breng dan uw specialist z.s.m. op de hoogte.

 □ Ja

|  |
| --- |
| **Eventuele overige opmerkingen:** |

**Lever dit formulier bij de praktijk in samen met :**

1. **een kopie van een identiteitsbewijs**
2. **een kopie van het zorgverzekeringpasje.**

