**INSCHRIJFFORMULIER**

**\***Doorhalen wat NIET van toepassing is ***Goedgekeurd JA/NEE Paraaf****:*

|  |  |
| --- | --- |
| Familienaam/meisjesnaam |  |
| Voorletters,roepnaam |  |
| Geboortedatum en plaats |  |
| Nationaliteit |  **Man/Vrouw** |
| Spreekt u Nederlands en/of Engels? | Ja/Nee |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en Plaatsnaam |  |
| Telefoonnummer  |  |
| Woonsituatie | Alleen/samenwonend/gehuwd |
| Wie is uw contactpersoon? | Naam ……………. Telefoonnr……………… |
| Kinderen? Partner in praktijk? | Ja/Nee Vul apart formulier in |
| Bent u verzekerd? | Ja/Nee  |
| Verzekeringsmaatschappij en nr |  |
| **BSN/Sofinummer**  |  |
| **Emailadres (vul deze leesbaar in)** |  |
| Apotheek | Veen/Skagerrak/Toolenburg, anders……. |
| Uitwisseling medische gegevens met zorgverleners | Ja/Nee  |
| Online inzage in uw dossier | Ja/Nee |
| Gebruikt u medicijnen, zo ja welke? |  |
| Bent u bekend met allergieën? Zo ja, welke?  |  |
| Bent u bekend met diabetes? | Ja/Nee |
| Bent u bekend met hoge bloeddruk? | Ja/Nee |
| Bent u bekend met cholesterol? | Ja/Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam vorige huisarts |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

**BELANGRIJK**

1.Vul dit formulier goed leesbaar in met name BSN nummer en emailadres.

2.U krijgt per e-mail de bevestiging of u ingeschreven staat, tot deze tijd bent u niet ingeschreven**.**

3.Wij hanteren een wachtlijst ivm drukke praktijk**.**