**HUISARTSENPRAKTIJK KONINGSHOF**

drs R. Tesser & drs T.Bloem - van Stempvoort

# INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENT

**Datum aanmelding: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Achternaam, voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Roepnaam\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geslacht: M / V\***

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

**Postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel. no thuis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobiel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Burgerservice nr. (BSN) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Verzekering en polis no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uzovi nr verzekering:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ te: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Medicatiegebruik

Gebruikt u medicijnen: Ja\*/nee.

* Graag bij uw apotheek een overzicht van uw medicatie (medicijnpaspoort) opvragen en meenemen tijdens uw eerste bezoek aan de huisartsenpraktijk

Heeft u ooit een allergische reactie gehad op medicatie? Zo ja, welke medicatie en wat was de aard van de reactie?

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

Heeft u:

Suikerziekte ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar) →Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Hart- of vaatziekte ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Hoge bloeddruk ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar) →Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Astma/COPD Ja/nee sinds \_\_\_\_. (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist?\*

Rookt u? Ja/nee Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LET OP!**

* **U dient zichzelf af te melden bij uw vorige huisarts met het verzoek om uw medisch dossier door te laten sturen naar onze praktijk.**
* **Indien u in het ziekenhuis bekend bent dient u daar ook aan te geven dat u van huisarts gewisseld bent, dit zorgt ervoor dat de correspondentie van de specialist bij ons terecht komt.**

**Huisartsenpraktijk Koningshof, Pandgang 2 5057EA Berkel-Enschot Tel: 013 5333923**