

# HUISARTSENPRAKTIJK KONINGSHOF

Drs. R. Tesser en 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? \_\_\_\_\_

Indien u 60+ bent wil u de griepvaccinatie hebben Ja/nee

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

### LET OP!

- ➔ Graag een kopie van uw identiteitsbewijs toevoegen aan het inschrijfformulier.
- ➔ 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

Drs. R. Tesser en Drs. T. Bloem- van Stempvoort

### TOESTEMMINGSFORMULIER OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS DOOR NIEUWE HUISARTS

Naam: \_\_\_\_\_ Geslacht: M / V

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

Postcode, woonplaats \_\_\_\_\_

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

Middels dit formulier breng ik u op de hoogte van mijn inschrijving bij Huisartsenpraktijk Koningshof te Berkel-Enschot. Hierbij geef ik toestemming aan huisartsenpraktijk Koningshof om mijn medische dossier op te vragen bij onderstaande huisarts.

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

Naam (vorige) Huisarts: \_\_\_\_\_

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

Postcode / Woonplaats vorige Huisarts: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. vorige Huisarts: \_\_\_\_\_ Fax. Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

