

INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENTEN

Praktijk : DG-VW-PE-BA

Achternaam :

Voorletters :Roepnaam:

Straatnaam + nr. :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

Mobiel tel. :

Email :

Zorgverzekering :

Inschrijfnummer :

BSN-nummer :

Geslacht : man / vrouw*

Geboortedatum :

Burgerlijke staat : gehuwd / samenwonend / alleenstaand*

Beroep :

Gewenste apotheek: Schoterpoort / Swarte / De Greiden / Haskerbrug*

Wilt u aansluiting bij het LSP (zie www.ikgeeftoestemming.nl) : ja / nee*

(* graag uw antwoord omcirkelen)

Contactpersoon (i.g.v. spoed):

Relatie tot de contactpersoon:

Telefoonnummer contactpersoon:

Z.O.Z.

Welke medicijnen gebruikt u:

Naam medicijn	Sterkte (aantal mg)	Dosering per dag

Bent u overgevoelig voor bepaalde medicijnen : ja / nee*

Zo ja, voor welke:.....

Krijgt u ieder jaar een griepspuit: ja / nee*

Overige bijzonderheden of vragen:

.....
.....

Naam en adres huidige huisarts:

.....
.....

Gaat u akkoord met het opvragen van uw dossier bij de vorige huisarts: ja/nee*

Het is belangrijk zelf uw huidige huisarts in te lichten over uw verhuizing!!

handtekening

--

Graag ontvangen wij een kopie van een ID-kaart of paspoort.

(* graag uw antwoord omcirkelen)