Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Veluwe ![Afbeelding met Lettertype, tekst, Graphics, wit

Automatisch gegenereerde beschrijving]()

Marijkeweg 3

8171 CK Vaassen

tel. [0578-571515](tel:0578-571515)

praktijkdeveluwe@gmail.com

[www.praktijkdeveluwe.nl](http://www.praktijkdeveluwe.nl)

Gegevens patiënt

|  |  |
| --- | --- |
|  | M / V |
| Achternaam |  |
| Voornaam/voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres/postcode/plaats |  |
| Telefoonnr vast en/of mobiel |  |
| E-mail adres |  |
| BSN nummer |  |
| Naam nieuwe apotheek |  |
| Gezinsvorm | Alleenstaand/gezin…..personen |
| Verzekering (naam en Inschrijfnummer) |  |
| Woonde u voorheen in een AZC en welke taal spreekt u? |  |
| Hoe lang woont u al in Nederland? |  |

Handtekening: Datum

Wilt u zo volledig mogelijk de volgende vragen beantwoorden?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Toelichting |
| Heeft u Diabetes Mellitus (suikerziekte)? | Ja / Nee |  |
| Heeft u astma? | Ja / Nee |  |
| Heeft u ooit bronchitis gehad? | Ja / Nee |  |
| Heeft u een verhoogde bloeddruk? | Ja / Nee |  |
| Bekend met kanker of dit gehad in het  In het verleden. | Ja /Nee | |
| Bent u onder behandeling van een specialist? | Ja / Nee | Zo Ja bij welke specialist en waarvoor: |
| Heeft u een allergie?  (bijvoorbeeld geneesmiddelen/voeding/  dieren/huisstofmijt/boompollen/  graspollen) | Ja / Nee | Zo Ja waarvoor: |
| Gebruikt u medicijnen? | Ja/ Nee  Zo ja welke medicatie, sterkte en dosering graag hieronder vermelden: | |
| Geeft u toestemming aan praktijk de Veluwe om uw medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP? Dan heeft de Spoedpost of een andere zorginstelling inzage in uw medisch dossier. | Ja/Nee | |
| Gegevens vorige huisarts: | Naam:  Adres:  Postcode en Plaats:  Tel nummer: | |