



INSCHRIFFFORMULIER | Huisartsenpraktijk M.J. Bhogaal-Statham

Westerkade 24-A, 3116 GK Schiedam

Let op: Vul per gezinslid een apart formulier in.

Lever dit in bij de assistente, op vertoning van uw geldige legitimatiebewijs.

! Vergeet niet u af te melden bij uw vorige huisarts e/o apotheek.!

Persoonsgegevens

Achternaam: _____

Tussenvoegsel: _____

Naamgebruik: eigen eigen-partner partner-eigen partner

Voorletter(s): _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: ___/___/_____

Geboorteplaats: _____

Geslacht: M V anders...

Burgerlijke staat: Gehuwd Gescheiden Ongehuwd Samenwonend Weduwstaat

LAT-relatie Hertrouwd Onbekend Overig nvt

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Straat _____ Nr. _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____

Beroep: _____

Huidige werk: _____

Verzekering & Identificatie

Verzekeraar: _____

Polisnummer: _____

BSN (Burgerservicenummer): _____

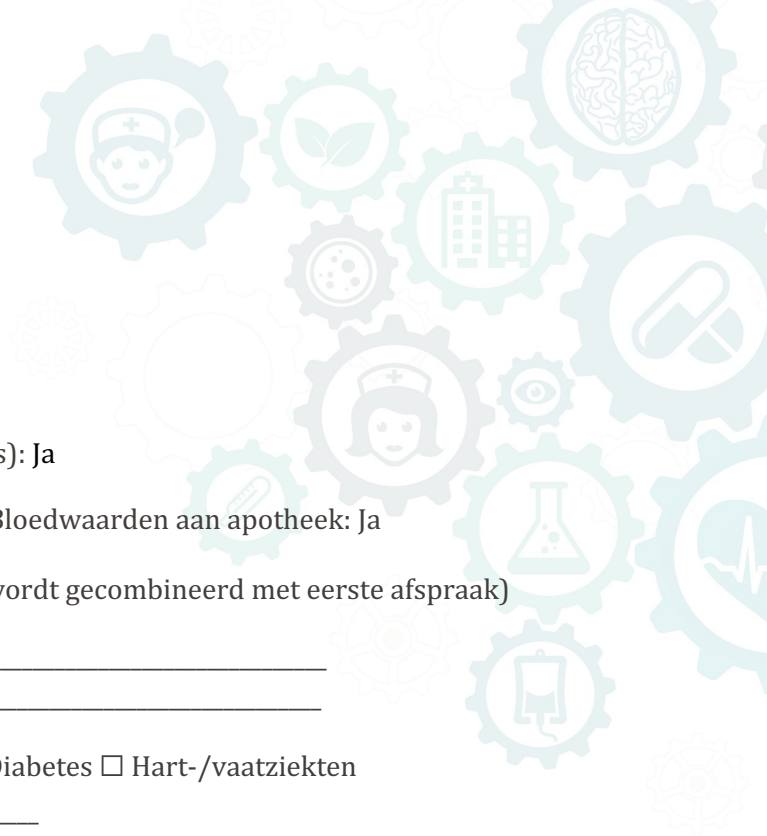
Type ID: NL paspoort NL rijbewijs ID-kaart Vreemdelingendocument

ID-nummer: _____

Medische gegevens

Vorige huisarts: _____

Apotheek (nieuwe): _____



Toestemming LSP (inzage door HAP/ziekenhuis): Ja

Toestemming 'veilig medicatie' voorschrijven. Bloedwaarden aan apotheek: Ja

Kennismakingsgesprek gewenst: Ja Nee (wordt gecombineerd met eerste afspraak)

Reden van inschrijving: _____
evt aangedragen door wie: _____

Bekende aandoeningen: Hoge bloeddruk Diabetes Hart-/vaatziekten

Astma/COPD Anders, nl.: _____

Allergieën: Nee Ja, nl.: _____

Operaties in voorgeschiedenis (incl. data):

Gebruikt u medicijnen? Nee Ja

Naam / Sterkte / Gebruik

____|____|____

____|____|____

Overige informatie: _____

Noodcontact(en)

1. Naam + relatie: _____ Tel: _____

2. Naam + relatie: _____ Tel: _____

Datum inschrijving: ___/___/_____ en

Handtekening patiënt/ouders van indien minderjarig: _____

Voor intern gebruik (assistente)

Inschrijfdatum: ___/___/_____ Document gecontroleerd: Ja nee, omdat:

ID gecontroleerd (type + nr): _____ Dossier vorige huisarts opgevraagd: Ja Nee

Vorige apotheek ingelicht : Ja Nee