**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk ‘Rembrandt’**

(Graag voor iedere patiënt een apart formulier invullen & inleveren)

**Persoonsgegevens**

Achternaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *man / vrouw \**

Meisjesnaam (indien van toepassing): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roepnaam en voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straatnaam, huisnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorige huisarts**

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

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u in het verleden patiënt geweest in onze praktijk: *ja / nee \**

**Huidige apotheek**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indien u veranderd van apotheek, gegevens nieuwe apotheek:**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medische gegevens**

Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen? Zo ja, welke geneesmiddelen?

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

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

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

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

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

Heeft u een van de volgende aandoeningen?

Astma of COPD ( ) Ja ( ) Nee

Diabetes ( ) Ja ( ) Nee

Nierziekte ( ) Ja ( ) Nee

Hart of vaatziekte (bijv. hartinfarct, herseninfarct) ( ) Ja ( ) Nee

Hoge bloeddruk ( ) Ja ( ) Nee

Overige medische gegevens waarvan de huisarts op de hoogte moet zijn?

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

**Toestemming voor uitwisseling van medische gegevens**

Ik ga *wel / niet* \* akkoord met uitwisseling van mijn medische gegevens met andere hulpverleners via het landelijk schakelpunt (LSP), zoals apotheek, huisartsenpost, etc.

Ik ga *wel / niet* \* akkoord met opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

U kunt dit formulier, samen met een kopie van uw legitimatiebewijs inleveren bij de doktersassistente of opsturen.

Op www.rembrandt.praktijkinfo.nl vindt u verdere informatie over onze praktijk, onder andere onze privacyverklaring.

**Neemt u s.v.p. zelf contact op met uw vorige huisarts, om door te geven dat u van huisarts wisselt.**

 Rembrandt van Rijnstraat 3a

 5831 BA Boxmeer

 Telefoon: 0485-571365