

Inschrijfformulier

HuisartsenZorg Groeneweg
Groeneweg 46 6871DD Renkum
0317-312501 / 0317-312439
Website: www.huisartsenzorggroeneweg.nl
AGB praktijk: 01-58920

Personalia:

Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M/V

Adres + huisnummer:	
Postcode + woonplaats:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

Naam zorgverzekeraar:	
Polis nummer:	
BSN nummer:	
Nummer identiteitsbewijs:	

Naam vorige huisarts:	
Adres + woonplaats:	
Apotheek:	Apotheek Renkum/ Apotheek Kisters in Doorwerth

Medische gegevens:

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (Bijv. Penicilline, lactose)		
Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen? En wat zijn de bijwerkingen?		
Geneesmiddel en/of hulpstof:		Bijwerking:
Gebruikt u medicijnen?	Ja/ Nee	
Naam geneesmiddel:	Dosering:	Gebruik:

Heeft u een chronische ziekte of komt deze voor in uw familie? Kruis aan wat van toepassing is.

	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hart/vaatziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Andere ziekten:		

Ik ga akkoord met het door de huisarts verstrekken van mijn patiënten- en medicatiegegevens aan zorgverleners (OPT-IN): Ja/ Nee

Datum:

Handtekening: