

**INSCHRIJFFORMULIER
HUISARTSENPRAKTIJK COENEN**

Datum aanmelding: _____

Achternaam, voorletters: _____ Roepnaam _____

Geboortedatum: _____ Geslacht: M / V

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Tel. nr. thuis: _____ Mobiel: _____

E-mail adres: _____

Burgerservice nr. (BSN): _____

Verzekering en polis nr.: _____

Apotheek: _____

Vorige huisarts: _____ te: _____

Wij willen u verzoeken uw vorige huisarts tijdig te informeren over deze wijziging.

Medische voorgeschiedenis

- Heeft u ooit een allergie gehad voor medicijnen of anders?

- Welke belangrijke ziekten, ongevallen of operaties heeft u meegemaakt of ondergaan en wanneer?
Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, in welk ziekenhuis en waarvoor?

Heeft u:

Suikerziekte Ja/nee sinds ____ (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist*

Hart- of vaatziekte Ja/nee sinds ____ (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist*

Hoge bloeddruk Ja/nee sinds ____ (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist*

Astma/COPD Ja/nee sinds ____ (jaar) → Hoofdbehandelaar huisarts/specialist*

Rookt u? Ja/nee Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____

Hoeveel glazen alcohol drinkt u per week? _____

Heeft u afgelopen jaar de griepspuit gehad? Ja / Nee

Gebruikt u medicijnen: Ja / Nee

Graag bij uw apotheek doorgeven dat u van huisarts bent veranderd.

Gaat u akkoord met aanmelding bij het Landelijk Schakelpunt (LSP), voor inzage van uw dossier op onze huisartsenpost (zie voor informatie www.volgjezorg.nl)?

Ja Nee

Gaat u akkoord met het opvragen van uw medisch dossier bij uw vorige huisarts?

Ja Nee

Dit inschrijfformulier is tevens een patiëntenverklaring van inschrijving in onze huisartsenpraktijk.

Meer informatie over de praktijk vindt u op onze website: www.huisartsenpraktijkcoenen.nl