

INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENT

AGB-code huisarts; 01(0)25565

AGB-code praktijk; 01-(0)57527

Bij inschrijving zijn wij verplicht uw identiteit te verifiëren. Neemt u bij inschrijving uw paspoort of ID-kaart mee naar de praktijk.

Dit inschrijfformulier dient tevens als een verklaring van inschrijving binnen een huisartspraktijk van een patiënt, en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties

Achternaam	.....	Partner achternaam	.....
Tussenvoegsel	.....	Partner tussenvoegsel	.....
Naamgebruik (achternaam zoals vermeld in paspoort)	Eigen Eigen/partner Partner eigen partner		
Voorletters	.....	
Roepnaam	.....	Toegang EMD bij waarnemen *	Ja / nee
Geboortedatum	.....	
Geboorteplaats	.....	
Geslacht	Man / vrouw		
Burgerlijke staat	.....	Burgerservicenummer	.....
Thuisnummer	.....	
Mobiel nummer	.....	
E-mail	.....	
Beroep	.....	Toestemming LSP **	Ja / nee
Huidige werk	.....	

*. In principe zijn we het hele jaar geopend maar het kan zijn dat we incidenteel tijdens de vakanties gebruik maken van de waarneming samen met de praktijk op de Steinhagenseweg . Mogen zij, uitsluitend tijdens de waarneming toegang hebben tot uw dossier.

** mn voor uitwisselen medicatiegegevens met de apotheek en medicatiegegevens / medische gegevens van de laatste 4 maanden met de hap.

Huisadres			
Postcode	.....	Komt het adres overeen met het adres uit de GBA(gemeentelijke basisadministratie)	
Huisnummer	.....		Ja / Nee
Toevoeging	.....	
Straat	.....	
Woonplaats	.....	
Land	.....	
verblijfadres	.....	

Verzekering	.....
Uzofi-code	.....
Verzekerdennummer	.....

Datum inschrijving-.....-.....
Reden van inschrijving	.....
Contactpersoon voor noodgevallen	..... tel
Apotheek	Service apotheek / Pelaenehof / Iepenhof
Vorige arts	.....
Adres vorige arts	..........
Telefoonnummer vorige huisarts	.....

U DIENT ZELF BIJ UW VORIGE HUISARTS AAN TE GEVEN DAT U OVER BENT NAAR ONZE PRAKTIJK

Patiënt verklaart per bovengenoemde datum bij huisartspraktijk woerden-oost op naam te zijn ingeschreven

Datum:

Handtekening patiënt:

Denkt u er om de wijziging van huisarts ook door te geven in het ziekenhuis?

Belangrijke medische gegevens van (naam patiënt):

.....

Huidige medicatie:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allergieën:

.....
.....
.....
.....

Voorgeschiedenis: (belangrijke operaties en ziekten)

.....
.....
.....
.....
.....
.....