

Inschrijfformulier

- ☐ Praktijk: P.M.M. Beemsterboer en J.Hunze telefoon 0180-312454
- ☐ Praktijk: F.C. Petersen en M.A. Mallegrom, telefoon 0180-390077
- ☐ Praktijk: C. Verheij en R.M. Hermanns, telefoon 0180-323433

Bewoner 1

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer _____

E-mail: _____

BSN: _____

Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs / rijbewijs **(doorhalen wat niet van toepassing is)**

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Nieuwe apotheek: Reigerhof / Dorrestein

LSP: Patient mondeling toestemming Ja/nee MGN toestemming : ja/nee

Bewoner 2

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer _____

E-mail: _____

BSN: _____

Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs/ rijbewijs **(doorhalen wat niet van toepassing is)**

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Nieuwe apotheek: Reigerhof / Dorrestein

LSP patient mondeling toestemming: Ja/nee MGN toestemming : ja/nee

NB: Inschrijving onder voorbehoud! U ontvangt bevestiging via e-mail van bewoner 1

Handtekening: _____ Datum: _____

Kind 1

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Tel.:* _____

E-Mail*: _____

BSN: _____ **LSP en MGN toestemming: ja/nee**Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs/ rijbewijs (**doorhalen wat niet van toepassing is**)

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Kind 2

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Tel.:* _____

E-Mail*: _____

BSN: _____ **LSP en MGN toestemming: ja/nee**Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs/ rijbewijs (**doorhalen wat niet van toepassing is**)

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Kind 3

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Tel.:* _____

E-Mail*: _____

BSN: _____ **LSP en MGN toestemming: ja/nee**Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs/ rijbewijs (**doorhalen wat niet van toepassing is**)

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

Kind 4

Achternaam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Tel.:* _____

E-Mail*: _____

BSN: _____ **LSP en MGN toestemming: ja/nee**Soort legitimatie: paspoort/ID bewijs/ rijbewijs (**doorhalen wat niet van toepassing is**)

Legitmatienummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Verzekeringsnummer: _____

*Indien kind 16 jaar of ouder, dan diens eigen telefoonnummer en e-mailadres noteren

Screeningsformulier

Familienaam: _____

Initialen			
Geboortedatum			
Bent u bekend met:			
Hoge bloeddruk?	Ja / Nee ¹	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Hart- of vaatziekten?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Hoog cholesterol?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Suikerziekte (diabetes)?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Longziekten (astma, TBC, COPD)?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Schildklierziekte?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Lever- of darmziekten?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Aanhoudende gewrichtsklachten?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Overspanning of depressie?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Andere ernstige ziekten?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Zo ja, welke? ²			
Kwaadaardige aandoeningen?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Zo ja, welke? ^{**}			
Krijgt u ieder jaar de griepvaccinatie?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Bent u overgevoelig voor medicijnen?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Zo ja, voor welke medicijnen? ^{**}			
Rookt u?	Ja / Nee*	Ja / Nee*	Ja / Nee*
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?			

*Doorhalen wat niet van toepassing is

**Gebruik zo nodig de ruimte hieronder of de achterzijde voor een toelichting