

## Huisartsenpraktijk E. Scheeve

Insulindeweg 476,1094 MH Amsterdam

Tel: 020-665 9828 Fax: 020-6945662

[www.huisartszeeburg.nl](http://www.huisartszeeburg.nl)

### AANMELDINGSFORMULIER

---

Naam: ..... man/vrouw  
Naam partner: .....  
Voorletters: .....Roepnaam:.....geboortedatum: .....  
Woonadres: .....  
Postcode: ..... woonplaats: .....  
Geboorteland: .....  
Telefoon: ..... anders bereikbaar op tel:.....  
e-mail:.....  
Contactpersoon: ..... Telefoon: .....  
Gehuwd/gescheiden/ongehuwd/samenwonend/alleenwonend/gezin.  
Beroep/studie/uitkering: .....

---

Apotheek (nieuwe).....  
Naam vorige huisarts: .....plaats: .....

---

#### Verzekeringsgegevens

Maatschappij: ..... nummer: .....  
BSN nummer: .....

Handtekening:

Amsterdam, datum .....

**NB: Wilt u er voor zorgen dat uw oude huisarts u uitschrijft en dat uw medische dossier bij ons terecht komt ?**

Medische informatie

Heeft u belangrijke ziektes of operaties ondergaan?

ziekte/operatie:	periode:
.....	.....
.....	.....
.....	.

Zijn er ziekten waarvoor u in behandeling bent?

Ziekte:	behandelend arts:
.....	.....
.....	.....

Gebruikt u medicijnen? Welke? Hoe vaak en hoe veel?

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

Ziekte in familie bij ouders/broers en zussen:

Hoge bloeddruk	.....
Hart en vaatziekten	.....
Beroerte	.....
Kanker (welke vorm)	.....
Suikerziekte	.....
Astma	.....
Aangeboren afwijkingen	.....

Rookt u?	ja/nee	hoeveel:
Drinkt u?	ja/nee	hoeveel:
Drugs gebruik?	Ja/nee	welke:

Heeft u allergieën? Zo ja, waar voor?

Jodium:	ja/nee
Antibiotica:	ja/nee
(bruine) pleisters:	ja/nee
Anders, nl:	.....

Handtekening:

Amsterdam, datum .....