

Huisartspraktijk Reuvekamp

Inschrijfformulier

Halmaheirastraat 3

1094 RD Amsterdam

Tel: 020 – 665 49 61 / Fax: 020 – 694 69 37

areuvekamp@huisartszeeburg.nl / www.huisartszeeburg.nl

Voornaam / Naam:M / V

Geboortedatum.....

Geboorteland.....

BSN nummer.....

Verzekeringsnaam +nummer.....

Adres:.....

Postcode /Plaats

Telefoonnummer / e-mail:.....

Beroep / studie / uitkering.....

Contactpersoon.....

Telefoonnummer contactpersoon.....

Apotheek (nieuw).....

Handtekening

datum

.....

Wilt u uw vorige huisarts op de hoogte stellen van de inschrijving bij ons? Dan kunnen uw medische gegevens namelijk opgestuurd worden.

Medische voorgeschiedenis: ziektes? Operaties? Welk jaar?

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

Huidige gezondheid: hebt u ziekte waarvoor u nu onder behandeling bent? Bij wie?

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

Medicijnen: wat slikt u? Welke dosering? Hoe vaak?

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

Familie geschiedenis: komen er ziektes voor in uw familie? Bij wie? Denk aan kanker, astma, diabetes, hart&vaatziekten, aangeboren afwijkingen.

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

Rookt u?.....Ja / Nee..... Hoeveel?.....

Alcoholgebruik?.....Ja / Nee.....Hoeveel?.....

Drugs?.....Ja / Nee.....Wat?.....Hoeveel?.....

Allergieën? Denk aan bruine pleisters / jodium / antibiotica