

Huisartsenpraktijk T.H. Khoe

Insulindeweg 476,1094 MH Amsterdam

Tel: 020-665 5735 Fax: 020-6939732

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