

Huisartspraktijk Reuvekamp

inschrijfformulier

Halmaheirastraat 3

1094 RD Amsterdam

Tel: 020— 665 49 61

areuvekamp@huisartszeeburg.nl - www.huisartszeeburg.nl

Voor- en achternaam.....M/V

Geboortedatum.....

Geboorteland.....

BSNnummer.....

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?

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

Familiegeschiedenis: komen er ziektes voor in uw familie? Bij wie? Denk aan kanker, astma, diabetes, hart- en vaatziekten, aangeboren afwijkingen.

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

Rookt u? ja / nee.... Hoeveel?

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

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

Allergieën? Denk aan bruine pleisters /jodium / antibiotica

.....
.....