

Huisartspraktijk Reuvekamp

**inschrijfformulier**

Halmaheirastraat 3

1094 RD Amsterdam

Tel: 020— 665 49 61

[areuvekamp@huisartszeeburg.nl](mailto:areuvekamp@huisartszeeburg.nl) - [www.huisartszeeburg.nl](http://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.**

ik ben akkoord met de LSP registratie JA

NEE

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

.....  
.....