**S.Verduijn, huisarts, huisartsenpraktijk Zeeburg**

**Insulindeweg 476**

**1094 MH Amsterdam**

**020-6655735**

**Inschrijfformulier**

Voorletters:……………………………………………………………………………..

Voornamen (voluit):…………………………………………………………………..

Roepnaam:………………………………………………………………………………

Achternaam:……………………………………………………………………………

Geboortedatum:……………………………………………………………………..

Geslacht:………………………………………………………………………………….

Geboorteplaats:………………………………………………………………………

Geboorteland:…………………………………………………………………………

BSN nummer:…………………………………………………………………………..

Adres:……………………………………………………………………………………….

Postcode:………………………………………………………………………………….

Woonplaats:……………………………………………………………………………..

Telefoon:………………………………………………………………………………….

Email:………………………………………………………………………………………..

Contactpersoon Naam:…………………………………………………………….

Contactpersoon Telefoon:………………………………………………………..

Burgerlijke staat:……………………………………………………………………….

Beroep/ Studie/ Uitkering:……………………………………………………….

Apotheek (nieuw):……………………………………………………………………

Naam vorige huisarts + Plaats:………………………………………………….

Verzekeringmaatschappij:………………………………………………………..

Nummer:…………………………………………………………………………………..

Identificatie : paspoort/rijbewijs/ idkaart nr: ……………………….

Wilt u gebruik maken van digitale mogelijkheden van ‘uw zorg online’?

Meld u dan aan op

<https://huisartspraktijkverduijn.uwzorgonline.nl/inloggen-en-registratie/app/>

Geeft u toestemming voor het LSP (landelijk schakelpunt) zodat andere zorgverleners bij uw medische gegevens kunnen wanneer dit nodig is? Bv de huisartsenpost.

Ja / Nee

Hierbij schrijf ik mij (tot wederopzegging) in en machtig ik deze praktijk tot het afmelden bij mijn

vorige huisarts. Ik verzoek mijn vorige huisarts mijn medisch dossier op te sturen naar Huisarts S. Verduijn, huisartsenpraktijk Zeeburg.

Handtekening: Datum:………………………

**Medische informatie**

Hebt u belangrijke ziektes of operaties ondergaan?

ziekte/operatie:                                             periode: …………………………………………………                          ………………………

…………………………………………………                         ………………………

**Zijn er ziekten waarvoor u in behandeling bent?**

Ziekte:                                                             behandelend instelling/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:

**Hebt u allergieën? Zo ja, waar voor?**

………………………………………………………………………………………………..

 Handtekening: Amsterdam, datum: