**Huisartspraktijk Reuvekamp** inschrijfformulier

Halmaheirastraat 3

1094 RD Amsterdam

Tel: 020— 665 49 61

areuvekamp@huisartszeeburg.nl - www.huisartszeeburg.nl

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voor- en achternaam…………………………………………………………………M/V/ overig……………

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?...................................

Allergieen? Denk aan bruine pleisters /jodium / antibiotica

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