**VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS**

Ondergetekende verklaart dat hij/zij vanaf (datum invullen)…………………………………….. als patiënt ingeschreven wil zijn bij Praktijk Rembrandtsingel

(Kinderen vanaf 18 jaar kunnen ook op dit formulier worden vermeld)

Ondergetekende geeft hiermee toestemming om het medische dossier over te dragen aan genoemde Praktijk Rembrandtsingel .

Dat geldt ook voor het medische dossier van de gezinsleden tot 18 jaar die genoemd staan in de verklaring. Gezinsleden van 18 of ouder dienen een eigen formulier in te vullen.

Gegevens nieuwe huisarts:

|  |  |
| --- | --- |
| H.J.W. Schippers, huisarts  Rembrandtsingel 1b  2902 GR Capelle aan den IJssel  Telefoon: 010-4504470 |  |

Gegevens patiënt

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Meisjes naam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M/V |
| Adres |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| Mobiele nr. |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum |  |
| BSN nummer |  |
| Zorgverzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| (nieuwe) Apotheek |  |

Gegevens oude huisarts

|  |  |
| --- | --- |
| Naam praktijk |  |
| Naam behandelaar |  |
| Adres |  |
| Plaats |  |
| Telefoonnummer |  |

Z. O. Z.

Medische voorgeschiedenis

|  |  |
| --- | --- |
| Gebruikt u medicijnen? | Nee / Ja, namelijk…. |
| Suikerziekte | Nee / Ja |
| Hart- en vaatziekten | Nee / Ja |
| Nierziekten | Nee / Ja |
| Hoge bloeddruk | Nee / Ja |
| Astma of COPD | Nee / Ja |
| Onder behandeling van een specialist | Nee / Ja, namelijk…. |
| Ooit geopereerd | Nee/ Ja, namelijk…. |
| Allergieën | Nee / Ja, namelijk…. |
| Overige vragen/opmerkingen |  |

Gaat u ermee akkoord dat uw medische gegevens zichtbaar zijn via het elektronisch patiënten Dossier (EDP)?

Ja/nee

Ondertekening:

|  |  |
| --- | --- |
| Plaats |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |