



Inschrijfformulier huisartsen Koggeschip

Koggeschip 222 7429 BG Colmschate

fax 0570 - 567 990 www.huisartsenkoggeschip.nl

<input type="checkbox"/>	Huisarts Tuynman	0570 - 799 030	(medicomcode TU)
<input type="checkbox"/>	Huisarts Jonker	0570 - 799 031	(medicomcode JK)

Deze gegevens worden opgeslagen in uw elektronisch medisch dossier en zijn, behalve voor uw eigen huisarts en assistentes, ook beschikbaar voor alle waarnemende huisartsen inclusief de dienstwaarneming op de huisartsenpost(en). Indien U daar bezwaar tegen hebt dient U dat te melden bij inlevering van dit formulier.

BIJ INSCHRIJVING NEEM UW IDENTITEITSBEWIJS MEE

1. Persoonlijke gegevens

Achternaam

Voorletters Roepnaam Man / Vrouw

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode: Plaats

Beroep

Telefoonnummer privé Mobiel Werk

E-mail adres

BSN-nummer

Burgerlijke staat Alleenstaand / getrouwd / samenwonend / gescheiden / thuiswonend / weduwnaar

Zijn er andere personen op dit woonadres ingeschreven of gaan wonen?

Zo ja: naam:
geboortedatum:

Bent u alleenstaand. Kunt u dan de gegevens van een contactpersoon invullen

naam:
telefoonnummer:
emailadres:

2. gegevens vorige huisarts

Naam

Adres Plaats

Ik geef hierbij **wel / geen** toestemming gegevens bij mijn vorige huisarts op te vragen

Verklaring van inschrijving:

Datum: Handtekening:

2. Apotheek

Bij welke apotheek bent u ingeschreven of gaat u zich inschrijven

Apotheek Flora / Apotheek Vijfhoek / anders

3. Verzekeringsgegevens

Verzekeringsmaatschappij

Verzekeringsnummer

4. Uitwisseling gegevens

Bij deze geef ik toestemming voor uitwisseling van het relevante deel van mijn medische gegevens met andere zorgverleners, middels het LSP en Ozis. Dit betreft o.a. de waarneming op de spoedpost of huisartsenpost en de apotheek. Voor meer informatie zie: www.vzvz.nl

5. Gezondheidsgegevens:

Lijdt u aan een ziekte of aandoening	ja	nee	Welke: [icpc]
Bent u momenteel onder behandeling van een specialist	ja	nee	Welke: Ziekenhuis:
Bent u bekend met een allergie	ja	nee	Waarvoor: [cluster]
Bent u allergisch voor medicijnen	ja	nee	Welke: [kenmerk]

Bent u doof/slechthorend	ja	nee	Wat: [ruiter]
Rookt U	ja		aantal per dag: [cluster]
	nee		gestopt met roken sinds:
	niet meer		
Gebruikt u alcohol	ja	nee	Hoeveel eenheden per week? [cluster]
Wat is uw gewicht en uw lengte			Lengte: [cluster]
			Gewicht: [cluster]
Bent u op dit moment zwanger	ja	nee	Uitgerekende datum: [contra-indicatie]
Geeft u op dit moment borstvoeding	ja	nee	[contra-indicatie]

Komen in de familie de volgende ziekten voor:

Astma	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) [cluster] vader / moeder / broer / zus Op welke leeftijd:
Hart- en vaatziekten	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) [cluster] vader / moeder / broer / zus Op welke leeftijd:
Suikerziekte	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) [cluster] vader / moeder / broer / zus Type 1 / Type 2 (= zgn. ouderdomssuiker) Op welke leeftijd:
Kwaadaardige ziekten	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) [icpc] vader / moeder / broer / zus Op welke leeftijd:
Darmziekten	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) [icpc] vader / moeder / broer / zus Op welke leeftijd:
Hoog cholesterol	ja	nee	Zo ja, bij wie: (omcirkelen wat van toepassing is) vader / moeder / broer / zus Op welke leeftijd:

