

Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Geboortedatum:	-	Man/Vrouw
Voorletters en achternaam:		
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer		
E-mailadres		
Gewenste apotheek		
Soort identiteitsbewijs	Rijbewijs / paspoort / identiteitsbewijs / vreemdelingendocument	
Document nummer		
BSN nummer		
Zorgverzekering en nummer		
Indien hier ingeschreven; Naam en geboortedatum partner		

**U verklaart hierbij ingeschreven te willen worden bij onderstaande huisarts (maak uw keuze):**

<input type="radio"/> Drs. K. Bülbül AGB code 01023350
<b>Medicomcode: BL</b>

<input type="radio"/> Drs. M. Bassa AGB code 01100931
<b>Medicomcode: ZB</b>

<input type="radio"/> Drs. F. Ali AGB code 01026816
<b>Medicomcode: AI</b>

Ik geef toestemming aan huisartsenpraktijk Presikhaaf voor het opvragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts. Dit gaat middels het beveiligd elektronisch uitwisselingssysteem zorgmail file transfer. (Voor meer informatie hierover zie onze website)

Naam + plaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_

**Handtekening voor inschrijving:**

\_\_\_\_\_

Neem een geldig identiteitsbewijs mee zodat wij uw identiteit kunnen controleren



Invullen door assistente:	
OPT-IN	
COV	
ION	
WID	
MGN	
Controle	

Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rookt u? Ja / Nee

Zo ja; hoeveel sigaretten per dag? \_\_\_\_\_

Gebruikt u minder dan 10 glazen alcohol per week? Ja / Nee

Heeft u minstens 2 alcoholvrije dagen per week? Ja / Nee

Bent u overgevoelig of allergisch?

Bijvoorbeeld voor bepaalde geneesmiddelen, bepaald eten en drinken of andere stoffen :

\_\_\_\_\_

Bent u ooit geopereerd geweest?

\_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling bij een specialist? Zo ja, welke?

\_\_\_\_\_

Zijn er nog andere zaken waarmee wij rekening kunnen houden? Zoals bijvoorbeeld problemen met lezen en schrijven of minder mobiel zijn?

\_\_\_\_\_