INSCHRIJF FORMULIER NIEUWE PATIENT

Hierbij verklaart ondergetekende zich in te schrijven als nieuwe patiënt in onderstaande praktijk.

Huisartsenpraktijk Mw.D.R. Windhorst

Rijksstraatweg 367 a

2025 DB Haarlem

Gegevens vorige huisarts ( naam, adres en telefoonnummer)

………………………………………………….

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

…………………………………………………

Persoonlijke gegevens:

Voorletters: Roepnaam:

Achternaam:

Adres:

 In te vullen door assistente

Postcode: ID-bewijs en nummer

 ……………………………

Woonplaats: …………………………….

Telefoonnummer:

  **Aanmelden:**  MijnGezondheid.net ja/nee

Emailadres :

Geboortedatum:

Apotheek naar wens :

Toestemming: Elektronisch patiënten dossier JA/NEE (doorhalen wat niet van toepassing is) Voor meer informatie vraag de assistente

Naam zorgverzekering:

Polis/relatienummer:

BSN-nummer (= sofi-nummer):

Geeft u toestemming voor overdracht van uw medisch dossier van uw vorige huisarts naar Dr.Windhorst? JA/ NEE

 ( Doorhalen wat niet van toepassing is)

Z.O.Z

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u bekend met ;-Diabetes Mellicus (suikerziekte)- Hypertensie (verhoogde bloeddruk)-Hart en vaat ziekten- COPD of Astma |  |
| Bent u bekend met andere chronische ziekten of aandoeningen |  |
| Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja; welke discipline? |  |
| Gebruikt u medicatie?Zo ja; Welke? |  |
| Rookt u?Zo ja ( hoeveel en hoelang) |  |
| Gebruikt u alcohol? ( eenheden per week) |  |
| Bent u zwanger? Zo ja wanneer bent u uitgerekend? |  |
| Overige. |  |

Wij willen u vragen om onderstaande vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden.

Handtekening Datum: