

Inschrijfformulier Medisch Centrum aan de Berg

DATUM

PARAAF ASSISTENTE

Naam	Man	Vrouw	
Voorletters	Voornaam		
Geboortedatum	Land van Herkomst		
Adres	Postcode Woonplaats		
Telefoon prive	Telefoon werk		
Telefoon mobiel	Email		
Zorgverzekeraar	Verzekeringsnummer		
Naam vorige huisarts	Adres vorige huisarts		
BSN nummer			

Bij welke huisarts wil u worden ingeschreven?

- D. Bakker
 K. Cornelissen/ B de Win
 A. Nederstigt
 A. Schoenmaker

Welke apotheek heeft uw voorkeur?

- Apotheek aan de Berg
 Apotheek Nuenen, Parkstraat

Gezins/woonverband

- alleenstaand
 samenwonend met
 gehuwd met
 gescheiden sinds
 weduwe/weduwenaar sinds

Heeft u kinderen?

- Nee
 Ja

indien uw kinderen ook worden ingeschreven graag voor hen apart een inschrijfformulier invullen

Opleiding/ beroep

Belangrijke aandoeningen/ ziekten uit uw medische voorgeschiedenis

jaartal	gebeurtenis

Specialisten bij wie u momenteel onder behandeling/controle bent

naam specialist	specialisme	ziekenhuis	reden behandeling

Bent u voor onderstaande onder behandeling van een praktijkondersteuner?

- Astma
- COPD
- Hart en Vaatziekten
- Diabetes Mellitus
- Osteoporose
- Ouderenzorg
- GGZ

Rookt u?

- Nee
- Ja _____ aantal per dag
- gestopt sinds _____ aantal per dag

Drinkt u alcohol?

- Nee
- Ja _____ aantal eenheden per dag
- gestopt sinds _____ aantal eenheden per dag

Gebruikt u drugs?

- Nee
- Ja nl: _____
- gestopt sinds _____

Huidige medicatie

naam medicijn	dosering

Komen er in de familie ziekten voor die mogelijk erfelijk zijn?

- Nee
- Ja namelijk

Verklaring van inschrijving op naam:

(datum van inschrijving) als patient inschrijf bij Dr..... Huisarts.
Gevestigd aan de Berg 22b 5671 CC te Nuenen

Datum (van tekening):

.....

Plaats (van tekening):

.....

Handtekening

.....