

(Door assistente in te vullen)
Aangenomen door:
Controle ION:
LSP/OPT-in:
In admin agenda:
MGN:



Inschrijfformulier nieuwe patiënt

(Graag 1 formulier per ingeschreven patiënt)

Voornaam:

Voorletters:

Achternaam:

Geslacht: Man Vrouw Anders,

Geboortedatum:

Nationaliteit:

ID-nummer:

Soort ID: Paspoort ID-kaart Rijbewijs Verblijfsdocument

BSN-nummer:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Zorgverzekering:

Polisnummer:

Nieuwe apotheek:

Heeft een voorkeur voor een huisarts? Nee Ja,

Naam vorige huisarts:

Adres vorige huisarts:

Bent u ooit eerder ingeschreven geweest in ons centrum? Nee Ja

Gaat u akkoord met opvragen gegevens bij uw vorige huisarts? Nee Ja

Handtekening:

Datum:

Graag bij het inleveren van de inschrijfformulieren een geldig identiteitsbewijs en een zorgverzekeringspas meebrengen.

Toestemming voor uitwisseling patiëntengegevens

Met dit formulier kunt u aangeven of u toestemming geeft aan een zorgverlener om de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners.

- JA**, ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners.
- Nee**, ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners.

Mijn gegevens

Voornaam..... Achternaam.....
Geboortedatum..... BSN.....
Straat.....
Postcode..... Plaats.....

Gegevens kinderen onder de 16 jaar. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in.

Voor kinderen onder de 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u de volgende gegevens invullen. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar is daarnaast hun eigen toestemming nodig. Zij moeten dit formulier medeondertekenen.

Naam Kind 1.....
BSN.....
Geboortedatum.....
Handtekening kind 1, alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar.....

Naam Kind 2.....
BSN.....
Geboortedatum.....
Handtekening kind 1, alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar.....

Naam Kind 3.....
BSN.....
Geboortedatum.....
Handtekening kind 1, alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar.....

Ondertekening

Datum en plaats..... Uw handtekening.....



Medisch Centrum Oud-West

Naam:

Geboortedatum:

Alleenstaand Samenwonend/gehuwd Weduw(e)naar

Huidig beroep/opleiding:

Heeft u de volgende aandoeningen. Zo ja, sinds wanneer?

| | | Sinds wanneer: | Onder controle bij: |
|-----------------------|---------|----------------|--------------------------|
| Verhoogde bloeddruk | Ja/nee* | | Huisarts/POH/Specialist* |
| Suikerziekte | Ja/nee* | | Huisarts/POH/Specialist* |
| Astma/bronchitis/COPD | Ja/nee* | | Huisarts/POH/Specialist* |
| Hartaandoening | Ja/nee* | | Huisarts/POH/Specialist* |

* doorhalen wat niet van toepassing is

Gebruikt u momenteel medicijnen, ook middelen zoals de pil of slaapmedicijnen?

Nee Ja, namelijk:

Zijn er medicijnen die u niet kunt verdragen of waar u allergisch voor bent?

Nee Ja, namelijk:

Staat u onder controle van een specialist of therapeut?

Nee Ja, namelijk:

Als er nog iets is waarvan u vindt dat wij het moeten weten of als u prijs stelt op een kennismakingsgesprek dan kunt u daarvoor een week na inleveren van uw inschrijfformulieren contact opnemen met de assistente.

Huisartsen Marialaan 250:

HIDHA Tjitske Reinards T.024-3774651
Dennis Kienhuis T.024-3771759
Manon van Schijndel T.024-3730020
Iris klein Breteler T.024-3770366

Huisartsen Marialaan 350:

Linda Kiers T.024-3775696
Gerco Lokate T.024-3775696
Maaïke Oudhuis T.024-3778811
Dorus van de Burgt T.024-3778811

<http://www.huisartsenmcow.nl>

mcow@huisartsenmcow.nl

