

INSCHRIJVINGSFORMULIER

HUISARTSPRAKTIJK LANZING

Haarstraat 73
7462AL Rijssen
Tel. 0548 – 512 603
lanzing@ezorg.nl

Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Roepnaam: _____

Straat en huisnr. _____

Postcode, woonplaats: _____

Vast tel. nr. _____

Mobiel tel. nr. _____

Verzekering en verz. nr. _____

Vorige woonplaats huisarts en huisarts: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

Geslacht: _____

BSN: _____

Beroep: _____

Burgelijke staat: _____

E-mail: _____

Bent u overgevoelig of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen (bijv. Penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke? _____

Heeft u een chronische ziekte of komen er ziektes in uw familie voor? Zo ja, welke?

Krijgt u een griepvaccinatie? _____

Bent u onder behandeling van een specialist of bent u ooit geopereerd? Zo ja, bij wie/welk ziekenhuis?

Rookt u? _____

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel consumpties per dag/week? _____

Gebruikt u drugs? Zo ja, welke? _____

INSCHRIJVINGSFORMULIER

HUISARTSPRAKTIJK LANZING

Haarstraat 73
7462AL Rijssen
Tel. 0548-512603
lanzing@ezorg.nl

Naam: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Geeft u toestemming tot het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met in achtname van het medisch beroepsgeheim?

Ja/Nee

Geeft u toestemming tot het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts, noodzakelijk voor het leveren van medische zorg?

Ja/Nee

Geeft u toestemming tot het inschrijven bij Huisartspraktijk Lanzing gevestigd te Rijssen?

Ja/Nee

Datum: _____

Naam: _____

Handtekening: _____