|  |  |
| --- | --- |
| Huisartsenpraktijk Heino  Munnikenhof 10a  8141 GL Heino  T: 0572-398929  [info@hpheino.nl](mailto:info@hpheino.nl) | **Inschrijfformulier** |
| Met dit inschrijfformulier schrijft u zich in bij onze praktijk. Wilt u zich uitschrijven bij uw huidige huisarts? Wij nemen contact met u op voor een kennismakingsgesprek.  Voorletters+ Achternaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Meisjesnaam: :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Roepnaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geboortedatum :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  BSN nummer (NL) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geslacht :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Burgelijke staat :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beroep :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straatnaam + huisnr :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Postcode+Woonplaats :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefoonnummer :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mobiel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gegevens vorige huisarts op uw andere woonadres: Naam: Adres/Plaats: Telefoonnummer: E-mail:  Gegevens vorige apotheek op uw andere woonadres: Naam: Adres/Plaats: Telefoonnummer: E-mail:  Medische gegevens: Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen (bijv. penicilline)? Zoja , voor welke geneesmiddelen en wat waren de klachten die u kreeg?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Gebruikt u medicijnen die u niet van de apotheek krijgt? (denk hierbij aan maagtabletten, Sint Jans kruid)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn;  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hieronder kunt u een voorkeur aangeven voor een huisarts.   * Dhr. PB de Wilde * Dhr. KS Kuperus * Mevr. FJ Hofma * Dhr. WG Jansen   Zijn er nog andere personen die ook op dit woonadres ingeschreven zijn of ingeschreven worden?  Naam/ Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Wilt u ook ingeschreven worden bij de apotheek in Heino, dan kunnen wij dit voor u doen. Ja/Nee  Ik ga akkoord met het opvragen van mijn gegevens bij mijn vorige huisarts.  Ja / Nee  Datum: Handtekening:  Toestemmingsformulier LSP invullen/inleveren. U kunt ook eenvoudig online toestemming geven via de website **ikgeeftoestemming.nl**.  Een kopie van uw paspoort, rijbewijs of ID bewijs. | |

