 mw M. Nuininga, mw M. Koenders, *huisartsen*

[*www.huisartsenpraktijkdriel.nl*](http://www.huisartsenpraktijkdriel.nl)

Welkom bij onze praktijk.

Dit formulier s.v.p. printen **en per persoon / gezinslid invullen** en inleveren bij de assistente

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: | Meisjesnaam: |
| Voornaam: | Voorletters: |
| Geboortedatum: | BSN: |
| Straat: | Huisnummer: |
| Postcode: | Plaats: |
| Vaste telefoon: | Mobiele telefoon: |
| E-mail: |  |
| Burgerlijke staat: | (gehuwd, alleenstaand, samenwonend, weduwe/weduwnaar) |
| Nummer identiteitsbewijs: | paspoort/ID/rijbewijs (deze graag ook meenemen bij inleveren van het formulier) |
| Zorgverzekeraar: | Polisnummer: |
| Apotheek: |  |
| Indien van toepassing: gescheiden ouders: wie heeft ouderlijk gezag? | Vader/moeder/beiden \* |
| Indien van toepassing: patiënten van 70 jaar en ouder: wie is uw contactpersoon? | Naam:  Telefoonnummer: |

#Wilt u uw electronisch patiënten dossier (EPD) open zetten: JA/NEE\*

(hiermee geeft u toestemming dat wij uw dossier gedeeltelijk openzetten voor bijvoorbeeld de huisartsenpost)

#Heeft u een wilsverklaring?: JA/NEE\* (indien ja: graag een kopie inleveren)

\*graag doorhalen wat niet van toepassing is

#Naam en adres vorige huisarts:

#Geeft u toestemming dat wij uw medisch dossier opvragen bij uw vorige huisarts? JA/NEE\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicijnen** naam | sterkte/dosering | gebruik | gebruik sinds: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#Allergie voor medicijnen? Zo ja: welke:

#Andere allergieën:

#Belangrijke medische voorgeschiedenis:

Operaties? (noem operatie en zo mogelijk jaartal):

Overige informatie van eventueel belang voor de huisarts:

**Handtekening:**

**Datum:**

**Wilt u bij de vorige huisarts aangeven dat u zich bij onze praktijk heeft ingeschreven?**

Met vriendelijke groet, huisartsenpraktijk Driel: huisartsen ***M. Nuininga*** en ***M. Koenders***.

\*graag doorhalen wat niet van toepassing is