

Inschrijfformulier

Geachte heer, mevrouw,

In verband met uw aanmelding als nieuwe patiënt verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden. Het formulier graag meenemen naar de kennismaking en niet terugsturen naar de praktijk. De vragenlijst wordt met u door genomen tijdens de kennismaking.

<input type="checkbox"/> Huisartsen Feenstra en Geenen	070 - 222 30 00 (optie 2)
<input type="checkbox"/> Huisartsen Makkink	070 - 222 30 00 (optie 3)
<input type="checkbox"/> Huisarts Hulsebosch	070 - 222 30 00 (optie 4)
<input type="checkbox"/> Huisarts van Aken, Siccama en Dirkzwager	070 - 222 30 00 (optie 5)

➤ **A.u.b. (een kopie van) uw legitimatie meenemen**

<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Achternaam			
Voornaam		Voorletters	
Geboortedatum		Geboorte- plaats	
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Telefoon mobiel		Huistelefoon	
Email adres			

Burgerservicenummer (BSN):	
----------------------------	--

Soort identiteitsbewijs:	Identiteitsnummer:
<input type="checkbox"/> Paspoort	
<input type="checkbox"/> Nederlandse identiteitskaart	
<input type="checkbox"/> ID-kaart of paspoort uit een EU-land	
<input type="checkbox"/> Rijbewijs	
Geldigheidsdatum identiteitsbewijs:	

Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Gehuwd	<input type="checkbox"/> Ongehuwd	<input type="checkbox"/> Samenwonend	<input type="checkbox"/> Weduwe(naar)
Kinderen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		

Beroep			
Nieuwe apotheek			
Vorige huisarts		Plaats	
Verzekerd bij		Polisnummer	

Graag alle pagina's volledig invullen en per familielid een apart formulier.

GEZONDHEID EN ZIEKTEN

1) Heeft u ooit klachten (gehad) van:

- Suikerziekte
- Longziekten
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten
- Depressie of angsten
- Maag-, lever- of darmziekten
- Eetstoornis
- Aanhoudende gewrichtsklachten
- Schildklierziekten
- Epilepsie
- Kanker

2) Bent u onder behandeling van een specialist?

- Nee
- Ja, nl.:

3) Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, nl.:
Geneesmiddel	Dosering (mg)	Aantal keer per dag
1.		
2.		
3.		
4.		

4) Bent u allergisch voor geneesmiddelen of andere stoffen?

- Nee
- Ja, nl.:

5) Andere belangrijke aanvullende informatie

6) Ziekten in de familie:

- Suikerziekte
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten < 60 jr
- Kanker
- Geen bijzonderheden

7) Heeft u wel eens een groot ongeluk/operatie/ingreep gehad/ondergaan?

- Nee
- Ja, nl.:

8) Contactpersoon bij noodgevallen

Naam (familie lid)	
Telefoonnummer	

9) Bent u in het bezit van een euthanasieverklaring?

- Nee
- Ja

10) Bent u geregistreerd bij het donorregister?

- Nee
- Ja

MACHTIGING AUTOMATISCH INCASSO

Alle declaraties worden in principe rechtstreeks elektronisch naar de zorgverzekeraar gestuurd. Indien deze om bepaalde redenen niet betaald worden (dit kan bijvoorbeeld zijn omdat u een verhuizing niet heeft doorgegeven), zijn wij genoodzaakt de verschuldigde gelden bij u te declareren. U machtigt ons hierbij en verklaart zich hiermee akkoord.

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan: huisartsen Feenstra/Geenen - Hulsebosch - Makkink - van Aken/Siccama, om van zijn/haar onder genoemde bankrekening bedragen af te schrijven wegens huisartsgeneeskundige zorg ten behoeve van de volgende patiënten:

Naam en voorletters	Geboortedatum
1.	
2.	

Naam en voorletters rekeninghouder	
IBAN nummer	

Als ondergetekende het niet eens is met de afschrijving, heeft hij/zij dertig werkdagen de tijd om zijn/haar bank opdracht te geven het bedrag terug te boeken.

Plaats	Datum	Handtekening

UITSCHRIJVEN VORIGE HUISARTS

Wilt u er zelf voor zorgen dat u zich uitschrijft bij uw vorige huisarts?

Vraag uw oude huisarts uw medisch dossier aan ons op te sturen. Geef de naam van uw nieuwe huisarts ook door aan het ziekenhuis wanneer u daar onder behandeling bent. Dit zorgt ervoor dat de informatie van het ziekenhuis ook bij uw nieuwe huisarts terecht komt.

Hierbij verklaart ondergetekende, na het kennismakingsgesprek met de nieuwe huisarts, zich uit te schrijven bij de oude huisarts en het medisch dossier op te (laten) sturen naar Medisch Centrum Loudon.

Plaats	Datum	Handtekening

Wij kunnen alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (blz.1 t/m 3) accepteren.