

# Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van de patiënt tot inschrijving in de huisartsenpraktijk en kan worden gebruikt als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

## Gegevens huisartsenpraktijk de Rozenhof

Huisartsen: Mw. F.W.A. Veul Mw. A. van Bree Dhr. B.A. Schulz  
Adres Praktijk: Paulus Potterstraat 12B  
7204CV Zutphen

**Kopie zorgpas en identiteitskaart inleveren!** Deze worden gebruikt ter controle en na de inschrijving vernietigd.

Inschrijfdatum huisartspraktijk (dd-mm-jj): \_\_\_\_\_

## Patiënt gegevens

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht M / V

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_ Geboorteland: \_\_\_\_\_

BSN Nummer: \_\_\_\_\_

Adres + huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Vast nummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

Email adres: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_ Tel contactpersoon \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Verzekerdennummer: \_\_\_\_\_

Nieuwe Apotheek: \_\_\_\_\_ Adres apotheek: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts (naam/plaats): \_\_\_\_\_

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisartsenpraktijk op naam te zijn ingeschreven.

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Algemene informatie patiënt

### Gezins-/woonverband

- ☐ Alleenwonend  
☐ Samenwonend met:  
☐ Gehuwd met:  
☐ Gescheiden sinds:  
☐ Weduwe/weduwnaar sinds:

### Kinderen

- ☐ Nee  
☐ Ja, thuiswonend aantal: geboortedata:  
☐ Ja, uitwonend aantal: geboortedata:

### Werk

- ☐ Ik heb werk als:  
☐ Ik ben werkloos sinds: mijn werk was: uitkering:  
☐ Ik ben arbeidsongeschikt sinds: mijn werk was: oorzaak:  
☐ Ik studeer, studierichting:  
☐ Ik heb gewerkt als:

### Religie:

### Reden wijziging huisarts:

### Gezondheid en ziekten

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

- |                                                                                |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte                                          | <input type="checkbox"/> Depressie of angsten          |
| <input type="checkbox"/> Longziekten (astma, chronische bronchitis, COPD, TBC) | <input type="checkbox"/> Eetstoornis                   |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk                                        | <input type="checkbox"/> Lever of darmziekten          |
| <input type="checkbox"/> Hart en/of vaatziekten                                | <input type="checkbox"/> Aanhoudende gewrichtsklachten |
| <input type="checkbox"/> Kanker                                                | <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten (SOA)        |
| <input type="checkbox"/> Overspanning                                          | <input type="checkbox"/> Schildklierziekten            |
| <input type="checkbox"/> Andere ernstige ziekten, namelijk:                    |                                                        |

### Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- ☐ Nee  
☐ Ja, specialisme: ziekte:  
specialisme: ziekte:

### Heeft u wel eens een operatie ondergaan, bent u opgenomen geweest of heeft u een ongeluk gehad?

- ☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

### Gebruikt u geneesmiddelen?

- ☐ Nee ☐ Ja, namelijk:  
☐ Uitdraai van de apotheek

### Bent u overgevoelig (allergisch) voor

- ☐ Geneesmiddelen  
☐ Bepaald eten of drinken (bv. gluten)  
☐ Andere stoffen:

### Rookt u?

- ☐ Nee ☐ Ja Wanneer begonnen:

### Nuttigt u alcohol ?

- ☐ Nee ☐ Ja Hoeveel en hoe vaak: