



## Verklaring van inschrijving bij de huisartsenpraktijk in Wapenveld

Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt, is het belangrijk dat we snel inzicht in uw gezondheidstoestand hebben. We vragen elke nieuwe patiënt dit formulier in te vullen en bij de assistente aan de balie in te leveren.

Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts en apotheek op de hoogte brengen van uw overschrijving?

Indien u behoefte heeft aan een kennismakingsgesprek, kunt u hiervoor een afspraak maken bij de assistente.

### Algemene gegevens:

Achternaam: ..... Geboren als: man/vrouw .....  
Voorletters (evt. roepnaam): ..... Geboortedatum: .....  
BSN: ..... Burgerlijke staat: .....  
Adres en postcode: .....  
Telefoonnummer: 038- ..... Mobiel: 06- .....  
E-mailadres: .....  
Legitimatie (soort document): Rijbewijs/Paspoort/Identiteitskaart/anders: .....  
Legitimatienummer: .....  
Naam zorgverzekeraar: .....  
Verzekeringsnummer: .....

Naam en plaats vorige huisarts: .....  
Wenst u zich ook in te schrijven bij onze apotheek? Ja/nee .....  
Naam en plaats vorige apotheek: .....

Dit is mijn verklaring van inschrijving bij Praktijk Wapenveld:

Wapenveld, ..... - ..... - ..... (datum) Ouder/Voogd  
Naam: ..... Naam: .....  
Handtekening: ..... Handtekening: .....

Let op:

- Iedereen van 16 jaar en ouder tekent deze verklaring zelf of met een schriftelijke volmacht
- Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar, dienen zowel ouder/voogd als kind te tekenen
- Bij kinderen tot 12 jaar tekent de ouder/voogd.  
Indien de ouders gescheiden zijn, dienen beide ouders/voogd dit formulier te ondertekenen (tenzij er een verklaring is dat één van de ouders gezag heeft)

Graag een kopie van het legitimatiebewijs bijvoegen of laten zien aan de balie.

Dit formulier kan naar uw vorige huisarts worden gestuurd als bewijs van inschrijving in onze praktijk.

Versiedatum mei 2024

 **Adres**  
Puttenweg 6a  
8191 AZ Wapenveld

 Telefoon: 038 447 8701

 info@praktijkwapenveld.nl

 praktijkwapenveld.nl

K.v.K.: 08199318  
BTW.: 8064.71.050.B.01  
BIC: ING BNL2A  
IBAN: NL50INGB0007998128

**Medische gegevens:**

Bent u allergisch? (bijvoorbeeld medicijnen) 0 nee 0 ja, namelijk voor:.....  
Rookt u? 0 nee 0 ja, sinds ..... / ..... sigare(tte)n per dag  
Drinkt u alcohol? 0 nee 0 ja, ..... consumpties per dag  
Krijgt u een griepvaccinatie? 0 nee 0 ja, vanwege:.....

Komen de volgende ziekten voor?	Bij u	of	in uw familie	namelijk bij:
Suikerziekte	nee/ja		nee/ja	.....
Hart/vaatziekten	nee/ja		nee/ja	.....
Hoge bloeddruk	nee/ja		nee/ja	.....
Verhoogd cholesterol	nee/ja		nee/ja	.....
Nierziekten	nee/ja		nee/ja	.....
Epilepsie	nee/ja		nee/ja	.....
COPD of astma	nee/ja		nee/ja	.....
Kanker	nee/ja		nee/ja	.....
Psychische stoornis	nee/ja		nee/ja	.....
Andere belangrijke ziekten:				.....

Wordt u behandeld door een specialist? nee/ja  
Zo ja, door wie en waarvoor:

Heeft u belangrijke operaties ondergaan? nee/ja  
Zo ja, welke en in welk jaar?

Heeft u ooit een ongeval gehad? nee/ja  
Zo ja, wat, wanneer, zijn er blijvende gevolgen?

Welke medicatie gebruikt u?

Medicijn:	Dosering:
1. ....	..... mg ..... Keer per dag
2. ....	..... mg ..... Keer per dag
3. ....	..... mg ..... Keer per dag
4. ....	..... mg ..... Keer per dag

Huidige ziekten:

.....  
.....  
.....