

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk

Vroondaal

Thomas Mannsingel 30, 2553 DA Den Haag

Voornaam/Voorletters	
Achternaam	
Geslacht	
Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Evt. extra telefoonnummer	
E-mail adres	
Geboortedatum	
BSN nummer	
Zorgverzekeringsmaatschappij	
Uzovi nummer verzekering *	
Polisnummer/verzekerdennummer	
Gewenste apotheek	
Naam huidige huisarts	
Adres huidige huisarts	
Heeft u chronische ziekten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, welke?	
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, welke?	
Bent u onder controle van een specialist?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, welke specialist in welk ziekenhuis?	
Heeft u allergieën?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, welke?	
Opmerkingen:	

Nee Ja Hierbij geef ik toestemming voor het uitwisselen van mijn medische gegevens met de apotheek, ziekenhuis en de huisartsenpost via het LSP. Zie voor meer informatie: www.vzvz.nl

Door ondertekening van dit formulier geef ik toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts

Plaats en datum:

Handtekening:

* De Uzovi code is de 4-cijferige code van uw zorgverzekeraar. U vindt deze code op uw zorgverzekeringspasje.