

Groepspraktijk Huisartsen Dalfsen

**Inschrijfformulier**

***Persoonsgegevens ANW***

Achternaam:

Meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

BSN nummer:

Geslacht O Man O Vrouw

***Persoonlijke omstandigheden***

Samenwonend / inwonend O Ja, met………………………………………………………

 O Nee

***Adres gegevens:***

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer vast:

Telefoonnummer mobiel:

E-mail:

**O Wel O Geen : Gebruik maken van MijnGezondheid.net online diensten**

*voor meer informatie : https://huisartsendalfsen.praktijkinfo.nl/mgn-onlinediensten/*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

***Gegevens vorige huisarts/ huisarts op uw andere woonadres***

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

***Medische gegevens***

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen (bijv. penicilline, lactose). Zo ja, voor welke geneesmiddelen?

Geneesmiddel en/of hulpstof Bijwerking

………………………………… …………………………………………………..

………………………………… …………………………………………………..

***Heeft u een chronische ziekte?***

Suikerziekte O ja Hoge bloeddruk O ja
 O nee O nee

Hart/ vaatziekte O ja Epilepsie O ja

 O nee O nee

Nierziekte O ja Astma of COPD O ja

 O nee O nee

Andere ziekten O ja, namelijk…………………………………………………………………

 O nee

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening? O nee.

O ja, welke?...................................................

………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft u operaties ondergaan? Zo ja welke? ……………………………………………………………………………………………………………………….

***Leefstijl***

Rookt u O nee

 O ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?

Gebruikt u alcohol O nee

 O ja, hoeveel consumpties per dag/ week?

Gebruikt u drugs? O nee

 O ja, welke?

**Opmerkingen:**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

Datum

Handtekening

Graag het formulier met een kopie van het identiteitsbewijs bij de assistente aan de balie inleveren.

Er wordt telefonisch contact met u opgenomen bij welke huisarts u wordt ingeschreven.

***Let op: Er is geen behandelovereenkomst met de nieuwe huisarts tot na de kennismaking.***

******

Groepspraktijk Huisartsen Dalfsen

Datum: ……………………………….

Ondergetekende(n) geeft/geven hierbij aan zich uit te willen schrijven bij huisarts en apotheek

…………………………………………………… (naam vorige huisarts) Plaats:…………………………………………………

………………………………………………………(naam vorige apotheek) Plaats.....………………………………………………

Ondergetekende(n) verzoek(t)en bij deze het dossier over te dragen aan Groepspraktijk huisartsen Dalfsen

**Het betreft: HANDTEKENING**

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

Naam:…………………………………………… Geboren op:…...-…….-……… .………………………

**In te vullen door assistente!**

Bovenstaande(n) hebben zich ingeschreven bij Groepspraktijk huisartsen Dalfsen

Wilt u de medische gegevens naar ons toe sturen?

O via FileTransfer

► AGB:01054240

O overzetten via Medicom: **O** J.G.H Mulder JD

(cluster Zwolle) **O** A.H. vd Brink AH

 **O** E.J. Jacobs JL

 **O** M.G Schouten GC

 **O** S.Y. Havermans H7

O Graag apotheek omzetten naar apotheek Dalfsen, code AA