**Inschrijfformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| *(per persoon één inschrijfformulier)* | |
|  |  |
| |  |  | | --- | --- | | Achternaam (geboortenaam) |  | | Eventueel naam echtgenoot |  | | Voorletters/ roepnaam | / | | Straatnaam /huisnummer | / | | Postcode /woonplaats | / | | Geslacht/geboortedatum | m/v …./………/…… | | Geboorteplaats/ Nationaliteit |  | | Telefoonnummer vast/mobiel/werk |  | | Naam en telnr. contactpersoon bij calamiteiten |  | | Burgerlijke staat |  | | Beroep |  | | Verzekeraar/polisnummer |  | | Burgerservicenummer (BSN) |  | | Toestemming gegevensuitwisseling huisartsenpost | ja/nee | | E-mail adres |  | | |
|  | |
|  | |
| Naam :  Datum:  schrijft zich hierbij in als patiënt bij Medisch Centrum Zwanenburg. Neem alstublieft een geldig legitimatiebewijs mee.  Handtekening:  Geeft hierbij toestemming het medisch dossier op te vragen bij de vorige huisarts:  Naam/ adres:  Handtekening: | |
|  | |

Z.O.Z

*Voor de administratie dossier opgevraagd □*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | *Heeft u een van de volgende ziekten? Zo ja, welk jaar?* | *Komt een van deze ziekten bij uw vader, moeder, broer of zus voor?* |
| Verhoogde bloeddruk |  |  |
| Hart- of vaatziekten |  |  |
| Longziekten |  |  |
| Nierziekten |  |  |
| Maag-of darmziekten |  |  |
| Suikerziekte |  |  |
| Vaak blaasontstekingen |  |  |
| Kanker |  |  |
| Psychiatrische ziekten |  |  |
|  |  |  |
| Bent u overgevoelig voor medicijnen of jodium? Ja/ nee. Zo ja, waarvoor? | | |
|  | | |
|  | | |
| Bent u ooit geopereerd of heeft u wel eens in het ziekenhuis gelegen? Zo ja, waarvoor? | | |
|  | | |
|  | | |
| Bent u momenteel in behandeling bij een specialist? Zo ja, bij wie en waarvoor? | | |
|  | | |
|  | | |
| Gebruikt u medicijnen? Zo ja welke? | | |
| Naam | Sterkte | Dosering |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Is er nog iets waarvan u het belangrijk vindt dat wij het weten? | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**Medische gegevens**