**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**