

Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Kersenboogerd, Postbus 3153, 1620 GD Hoorn

Persoonsgegevens

Achternaam _____ Meisjesnaam _____

Voorletters _____ Roepnaam _____

Geslacht M/ V* Geboortedatum _____

Beroep _____ Vorige huisarts _____

Adresgegevens

Straatnaam _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer _____ Mobiel _____

E-mail _____

Verzekeringsgegevens en BSN

Zorgverzekeraar _____ Verzekeringsnummer _____

BSN _____ **Graag kopie legitimatie meenemen bij inschrijving.**

Medische gegevens

Heeft u één van de onderstaande aandoeningen:

- Suikerziekte Ja/ Nee* Controle door Huisarts/ Specialist*
- Hart- of vaatziekte Ja/ Nee* Controle door Huisarts/ Specialist*
- Hoge bloeddruk Ja/ Nee* Controle door Huisarts/ Specialist*
- Astma/ COPD Ja/ Nee* Controle door Huisarts/ Specialist*

Rookt u? Ja/ Nee*

Gebruikt u medicijnen op recept? Vraag dan een overzicht op bij uw (oude) apotheek.

Inschrijving Apotheek: Kersenboogerd/ anders

Inschrijving Huisarts: Dr. C. den Boer en Dr. M. Loeffen/ Dr. K. Verschoor en Dr. P. van der Veer/
Dr. M. den Otter en Dr. J. Boorsma/ Dr. H. Vroegh en Dr. B. Knottnerus

Toestemming

Zorgverleners in de regio en in het Gezondheidscentrum proberen hun zorg voor u zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Indien u geen toestemming geeft voor het uitwisselen van uw medische gegevens voor dit doel, kunt u dat hieronder apart aangeven.

Ik geef toestemming voor uitwisseling van mijn gegevens in de regio.

Ik geef toestemming voor uitwisseling van mijn gegevens in het Gezondheidscentrum.

Datum van inschrijving _____

Handtekening _____

In te vullen door assistente:

ION ja/nee
BSN ja/nee
MGN ja/nee
Datum afgehandeld: _____

* Doorhalen wat niet van toepassing is