**INSCHRIJFFORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNTEN**

Naam huisarts (nieuw):

Reden overstap:

**Persoonsgegevens:**

Achternaam ---------------------------------------------

Voorletter(s) ---------------------------------------------

Roepnaam ---------------------------------------------

Geboortedatum ---------------------------------------------

Geslacht man/vrouw

BSN-nummer ---------------------------------------------

Geboorteland ---------------------------------------------

Godsdienst/Geloof ---------------------------------------------

**Adresgegevens:**

Adres ----------------------------------------------

Postcode ----------------------------------------------

Woonplaats ----------------------------------------------

Telefoon ----------------------------------------------

Mobiel 06-------------------------------------------

Email --------------------@-----------------------

**Verzekeringsgegevens:**

Verzekeraar ----------------------------------------------

Polisnummer ----------------------------------------------

**Apotheek:** Boots apotheek Lewenborg

Anders namelijk:

**Gezins-woonverband**

* Alleenwonend/ ongehuwd
* Samenwonend met: geboortedatum
* Gehuwd met: geboortedatum
* Gescheiden
* Weduwe/weduwnaar

**Heeft u kinderen?**

* Nee
* Ja, thuiswonend aantal: geboortedatum(s)
* Ja, uitwonend

**Werk/studie**

* Ik heb werk beroep: werkgever:
* Ik ben werkloos sinds:
* Ik ben arbeidsongeschikt sinds:
* Ik studeer studierichting:
* Gepensioneerd

**Medische vragen:**

* Hebt u een chronische ziekte?

Zo ja: welke

* Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

Zo ja, specialisme en naam arts: ziekte:

**Gebruikt u geneesmiddelen:**

* Nee
* Ja, namelijk:

**Allergieën/overgevoeligheden**

* Geneesmiddelen namelijk:
* Bepaald eten of drinken namelijk:
* Andere stoffen namelijk:

**Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie**? Ja/Nee

**Rookt u?** Ja/Nee/Voorheen

**Gebruikt u drugs?** Ja/Nee

Zo ja, welke?

**Ziekten in familie:**

Komen er (erfelijke) ziektes in uw familie voor? Ja/Nee

Zo ja, welke?

**Toestemming LSP**

* Ja, ik ga akkoord Kijk voor meer informatie op [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl)
* Nee, ik ga niet akkoord.

Documentnummer legitimatiebewijs: ----------------------------------

Type legitimatiebewijs: Rijbewijs/ ID kaart/ Paspoort

**Begeleid wonen**

* Ja , Geeft u toestemming voor contact met zorgverleners? JA/NEE
* Nee

 **VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ**

 **HUISARTSENPRAKTIJK LEWENBORG**

Geachte collega,

ETIKET

Handtekening patiënt: ----------------------------

Datum: ----------------------------

Verklaart hierbij dat hij/zij per heden ingeschreven staat bij;

Huisartsenpraktijk Lewenborg

* Dr. Bakker
* Dr. Dijkhuizen
* Dr. van Geffen
* Dr. Nugteren
* Dr. Punt
* Dr. Weersink
* Dr. Wesseling
* Dr. Williams

En verzoekt hierbij aan:

Naam vorige huisarts--------------------------- Woonplaats----------------------

Om het medische dossier op te sturen naar bovengenoemde huisarts.

* Wilt u patiënt(en) afmelden bij ION
* Graag ontvangen wij het dossier digitaal via zorgmail transfer

Met vriendelijke groet,

Huisartsenpraktijk Lewenborg

Kajuit 438

9733 CZ Groningen

Email: huisartsen@gcl.nl Fax: 050-5420119 AGB 01054109