



Naam	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Burger Service Nummer (BSN)	
E-mail adres	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	
Identiteitskaart nummer	
Apotheek in Boxmeer	
Vorige Huisarts	

Ondertekende verklaart hierbij dat hij/zij per (datum) als patiënt staat ingeschreven bij huisartsenpraktijk de Steenbok te Boxmeer.

-Geeft u toestemming om uw medische gegevens elektronisch te delen via het LSP? Kijk voor meer informatie over het delen van medische gegevens op www.volgjezorg.nl **Ja/Nee**

-Geeft u toestemming om uw medische dossier op te vragen bij uw vorige huisarts? **Ja/Nee/Nvt**
U wordt gevraagd zelf contact op te nemen met uw vorige huisarts om aan te geven dat u in onze praktijk wordt ingeschreven.

Datum:

Handtekening(en):



NB: de Richtlijn voor het geven van toestemming voor behandeling met betrekking tot minderjarige kinderen is als volgt:

- Bij een kind jonger dan 12 jaar, geven beide ouders/voogden toestemming.
- Is een kind 12 maar nog geen 16 jaar, dan geven beiden ouders/voogden en het kind zelf toestemming.
- Vanaf 16 jaar geeft het kind zelf toestemming.

Woonverband

Schrijft u zich samen met iemand anders in bij ons in de praktijk? Zo ja: met wie?	
Gaat u wonen bij iemand die al patiënt is bij ons? Zo ja: Wie?	

Medische informatie

Heeft u allergieën/overgevoeligheden?	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	
Heeft u een chronische ziekte? Zo ja: welke? Bijvoorbeeld hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, diabetes en/of COPD?	
Gebruikt u medicijnen? Zo ja: welke medicijnen?	
Overige bijzonderheden?	

Kunt u bij het afgeven van het formulier een geldig identiteitsbewijs en uw zorgverzekeringspas meenemen?