**Maatschap Huisartsen AJM Negenborn & LE Seesing**

**Panhuis 52**

**6941 BZ Didam**

**0316-221200**

**Website:** [**https://negenbornseesing.onzehuisartsen.nl**](https://negenbornseesing.onzehuisartsen.nl)

**Praktijkcode Medicom: NS**

Patiënt verklaart per \_\_\_\_-\_\_\_\_\_-20\_\_\_\_ te zijn ingeschreven bij onderstaande praktijk.

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: | Geboortedatum: - - |
| Achternaam: | Meisjesnaam: |
| Adres: | Pc en plaats: |
| Telefoonnummer: | Mobiele nummer: 06- |
| Zorgverzekering: | Polisnummer: |
| BSN Nummer: | Documentnummer ID/ Paspoort/ Rijbewijs: |
| Emailadres: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Is uw partner/ familielid patiënt in onze praktijk? | Ja | nee | Wat is de geboortedatum van diegene:  \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Rookt u? | Ja | nee |  |
| Bent u bekend met een allergie? | Ja | nee | Welke: |
| Heeft u nog andere belangrijke medische informatie die wij moeten weten? | Ja | Nee | Welke: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bent u bekend met een van deze aandoeningen: Graag omcirkelen | DM 1/ DM 2 | Hoog Cholesterol | CVRM |
| Astma | Hoge bloeddruk | COPD |

Z.O.Z.

Naam vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pc en Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ik machtig maatschap huisartsen AJM Negenborn & LE Seesing om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ik verklaar bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld: | Handtekening: |