

5.1-F-IN mei 2019

**Inschrijfformulier Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Steenweg**

|  |  |
| --- | --- |
| Voor- en achternaam en voorletters |  M / V |
| Geboortedatum |  |
| Straat en huisnummerPostcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer vast en mobiel |  |
| E-mail adres |  |
| Zorgverzekering en polisnummer |  |
| UZOVI-code zorgverzekering |  |
| BSN nummer |  |
| Naam en adres vorige huisarts |  |
| Naam en adres vorige apotheek |  |
| LSP huisartsenzorg | JA / NEE |
| LSP apotheekzorg | JA / NEE |

* Gebruikt u medicijnen? O nee O ja, dan graag uw actuele medicatie overzicht inleveren
* Bent u allergisch voor medicijnen? O nee O ja, dan graag het merk of stofnamen aangeven
* Bent u onder behandeling van een specialist? O nee O ja, dan graag aangeven bij welke specialist

Indien u behoefte heeft aan een kennismakingsgesprek geeft u dit dan aan bij het inleveren van het inschrijfformulier.

Met tekenen van dit formulier gaat u akkoord met het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek. Wilt u met het inleveren van het inschrijfformulier een actueel medicatie overzicht meebrengen?

Datum:………………………………………. Handtekening:…………………………………………………….

Per 1 juni 2009 zijn wij verplicht om een legitimatie bewijs van alle patiënten te vragen. Wij verzoeken u een kopie bij te sluiten. Bij kinderen onder de 12 jaar voldoet een kopie van het legitimatie bewijs van vader of moeder.