**Inschrijfformulier**

Huisartsen Groeneweg

Groeneweg 46 6871DD Renkum

0317-312501 / 0317-312439

Website: [www.huisartsengroeneweg.nl](http://www.huisartsengroeneweg.nl)

AGB praktijk: 01010541

Huisartsen: mevr. Otte mevr. van Reenen

mevr. Betlem mevr. Keizer

**Personalia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: | M/V |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres + huisnummer: |  |
| Postcode + woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  |
| Polis nummer: |  |
| BSN nummer: |  |
| Nummer identiteitsbewijs: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam vorige huisarts: |  |
| Adres + woonplaats: |  |
| Apotheek: | Apotheek Renkum/ Apotheek Kisters in Doorwerth |

**Medische gegevens:**

|  |
| --- |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (Bijv. Penicilline, lactose)  Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen? En wat zijn de bijwerkingen? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Geneesmiddel en/of hulpstof: | | Bijwerking: | |
| Gebruikt u medicijnen? | Ja/ Nee | |  |
| Naam geneesmiddel: | Dosering: | | Gebruik: |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

Heeft u een chronische ziekte of komt deze voor in uw familie? Kruis aan wat van toepassing is.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bij u: | In uw familie: |
| Suikerziekte: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Hart/vaatziekte: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Nierziekte: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Hoge bloeddruk: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Astma of COPD: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Epilepsie: | □ Ja  □ Nee | □ Ja  □ Nee |
| Andere ziekten: |  |  |

Na inschrijving zullen wij u via de mail een uitnodiging versturen voor het aanmaken van Patiënt portaal. Hierop heeft u inzage in uw eigen dossier, kunt u herhaalrecepten aanvragen, online afspraken maken en e-consulten versturen.

Ik ga akkoord met het door de huisarts verstrekken van mijn patiënten- en medicatiegegevens aan zorgverleners (OPT-IN): Ja/ Nee

Datum: Handtekening: