Anmeldeformular für neue Patienten

Huisartsenpraktijk R. Jonkheijm

Nachname : _____

geb. : _____

Initialen : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Geschlecht : männlich / weiblich *(nichtzutreffendes streichen)*

Straße : _____ Hausnummer : _____

Postleitzahl : _____ Ort : _____

Telefonnummer : _____ Mobilnummer : _____

Familienstand : _____

Emailadresse : _____

BSN : _____

Krankenversicherung: _____ Versichertennr. : _____

Kontaktdaten bisheriger Hausarzt

Name Hausarzt : _____

Straße : _____ Hausnummer : _____

Postleitzahl : _____ Ort : _____

Telefonnummer : _____

Ich möchte gerne ein Kennenlerngespräch mit dem Hausarzt : ja / nein *(nichtzutreffendes streichen)*

Allergien gegen die folgenden Mittel *(Medikamente, Jod, Pflaster)*

_____

Sonstige Bemerkungen :

_____

Ich stimme zu, dass eine Zusammenfassung meines medizinischen Dossiers dem hausärztlichen Dienst („huisartsenpost") zur Verfügung gestellt wird (weitere Informationen siehe www.ikgeeftoestemming.nl) :
ja / nein *(nichtzutreffendes streichen)*

Apotheke : Lunterse apotheek / Benu apotheek / apotheek Kernhem /
(nichtzutreffendes streichen)

sonst nämlich: _____

Ort : _____ Datum : _____

Unterschrift : _____

Dieses Formular geben Sie gerne zusammen mit einer **Kopie Ihres Ausweises und Ihrer Versichertenkarte** in unserer Praxis ab oder schicken es an nachstehende Adresse.

Stationsstraat 2j, 6741 DH Lunteren Tel. 0318 48 24 71
www.huisartslunteren.nl https://www.facebook.com/huisartslunteren.nl