



HUISARTSENPRAKTIJK

**L I N N E**

INSCHRIJFFORMULIER PASSANT

---

**Gegevens praktijk:**

Adres Praktijk: Maasbrachterweg 72, 6067 CS Linne

AGB-Code Praktijk: 01010914

Telefoonnummer: 0475 - 46 33 75

---

**Datum van inschrijving:** \_\_\_\_\_

**Gegevens patiënt:**

BSN \_\_\_\_\_

Voorletters \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_ Naam partner \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Straatnaam \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats \_\_\_\_\_

Geslacht  Man  Vrouw

E-mail \_\_\_\_\_

Tel Nr. Vast/Mobiel \_\_\_\_\_

Zorgverzekering \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

EHIC card \_\_\_\_\_

Naam en plaats eigen huisarts \_\_\_\_\_

Lever dit formulier persoonlijk in met legitimatie.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Handtekening:**  
Vanaf 12 jaar \_\_\_\_\_

**Handtekening beide ouders:**  
Bij kinderen t/m 16 jaar \_\_\_\_\_

## Medische informatie:

Bent u onder behandeling bij de praktijkondersteuner somatiek? Zo ja, waarvoor?

- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling bij een specialist? Zo ja, bij wie en waarvoor?

- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_

Bent u bekend met allergiën? Zo ja, waarvoor?

- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_

Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke medicijnen en welke dosering?

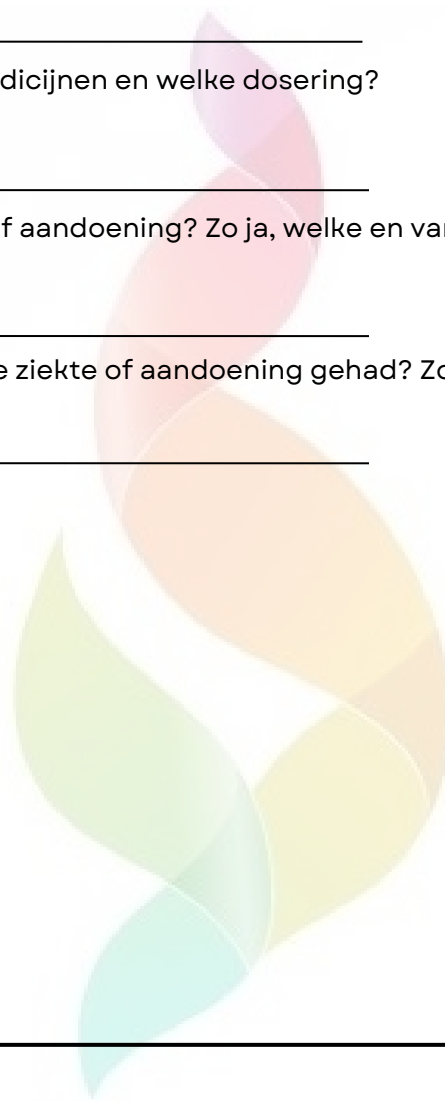
- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_

Lijdt u op dit moment aan een ziekte of aandoening? Zo ja, welke en vanaf welk jaar?

- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_

Heeft u in het verleden een belangrijke ziekte of aandoening gehad? Zo ja, welke en in welke periode?

- Nee  
 Ja \_\_\_\_\_



---

## In te vullen door de assistente:

- Soort identificatie:  Nederlands paspoort  
 Nederlandse Identiteitskaart  
 Nederlands rijbewijs  
 Buitenlands paspoort, nationaliteit: \_\_\_\_\_  
 Vreemdelingen document

Documentnummer: \_\_\_\_\_

Datum van afgifte inschrijfformulier: \_\_\_\_\_

Initialen DA: \_\_\_\_\_