



J.D. Kippersluis  *Huisartsen*  
N.A.D. Geurts  *Weerdsingel wz 40*  
M.A.M. Mulder  *3513 BD Utrecht*  
*Telefoon: 030-2313477*  
*Fax: 030-2342107*

**Patiëntgegevens**

Inschrijfdatum: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_ M/V: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat\*:  Gehuwd /  Ongehuwd /  Weduwe /  Weduwnaar /  Samenwonend

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

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

*Samenwonend met:* \_\_\_\_\_ *Geboortedatum:* \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Nieuwe apotheek: \_\_\_\_\_

Verzekering: \_\_\_\_\_ Uzovicode: \_\_\_\_\_

Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_

Legitimatiebewijs\*:  ID-kaart /  Paspoort /  Rijbewijs /  anders, nl: \_\_\_\_\_

Legitimatienummer: \_\_\_\_\_ BSN Nummer: \_\_\_\_\_

Naam/praktijk vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Adres vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Plaats, postcode vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Tel. nr/fax.nr vorige huisarts: Telefoon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Toestemming LSP: Ja/ Nee

Handtekening patiënt\*\*: \_\_\_\_\_

\* omcirkelen wat van toepassing is

\*\* hierbij geef ik toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts

**Medische informatie**

Naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Ziekten:	Sinds:	Controle bij:
Diabetes type 1 / 2*    ja / nee	Jaar: _____	Specialist / Huisarts
Astma/COPD            ja / nee	Jaar: _____	Specialist / Huisarts
Hoge bloeddruk        ja / nee	Jaar: _____	Specialist / Huisarts
Hart- vaatziektes     ja / nee	Jaar: _____	Specialist / Huisarts

Namelijk: \_\_\_\_\_

Andere chronische aandoeningen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operaties, welk jaar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicatie overzicht:**

Naam:	Sterkte:	Gebruik:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

**Allergieën:**

Allergie/overgevoeligheid (voor medicatie/anders):    Ja / nee

Naam:	Klachten:
_____	_____
_____	_____

Overig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handtekening patiënt\*\*:

\_\_\_\_\_

\* omcirkelen wat van toepassing is

\*\* hierbij geef ik toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts