

Formularz zapisania się nowego pacjenta



Nazwisko : _____
Nazwisko rodowe : _____
Inicjały imion : _____ Imię używane w Holandii: _____
Data urodzenia : _____ Miejsce i kraj urodzenia: _____
Płeć : *Mężczyzna / kobieta (niepotrzebne skreślić)*
Ulica : _____ Numer domu : _____
Kod pocztowy : _____ Miejscowość : _____
Telefon domowy : _____ Telefon komórkowy : _____
Stan cywilny : _____
E-mail : _____
Numer BSN : _____
Nazwa ubezpieczalni: _____ Numer ubezpieczenia : _____

Poprzedni lekarz rodzinny

Nazwisko lekarza : _____
Ulica : _____ Numer domu : _____
Kod pocztowy : _____ Miejscowość : _____
Telefon : _____

Proszę o wstępną rozmowę z lekarzem rodzinnym : tak / nie *(niepotrzebne skreślić)*

Występujące alergie (*leki, jód, plastry*)

Inne uwagi :

Wyrażam zgodę na przekazanie streszczenia moich danych medycznych lekarzowi pełniącemu dyżur nocny i w weekend (Huisartsenpost) (Bliższe informacje patrz: <https://www.volggjezorg.nl/en/permission>):

tak / nie *(niepotrzebne skreślić)*

Nazwa wybranej apteki : _____

Miejscowość : _____ Data : _____

Podpis : _____

Niniejszy formularz wraz z **kopią dowodu osobistego i karty ubezpieczeniowej** przekazać asystentce lub przesać pocztą na poniższy adres.

