

# Anmeldeformular für neue Patienten



Nachname : \_\_\_\_\_  
geb. : \_\_\_\_\_  
Initialen : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Geburtsort : \_\_\_\_\_  
Geschlecht : männlich / weiblich *(nichtzutreffendes streichen)*  
Straße : \_\_\_\_\_ Hausnummer : \_\_\_\_\_  
Postleitzahl : \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_  
Telefonnummer : \_\_\_\_\_ Mobilnummer : \_\_\_\_\_  
Familienstand : \_\_\_\_\_  
Emailadresse : \_\_\_\_\_  
BSN : \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Versichertenr. : \_\_\_\_\_

## 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](http://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.

