



Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Kroijenga & de Jong

Dhr. J. Kroijenga, huisarts
Mevr. Dr. C.L.D. de Jong, huisarts
Konvintsdyk 1
8711 GB Workum
Tel : 0515 - 541234, SPOEDNUMMER: 542100
Fax: 0515 - 541579

Achternaam, Voornaam, Letters :		
Adres + Postcode	:	
Tel. nr. / Mobiel nummer	:	
Geboortedatum	:	man/vrouw
Burgerlijke staat	:	land van herkomst:
Beroep/opleiding	:	
E-mail adres	:	
Verzekering + nummer	:	
BSN Nummer	:	
1 ^e Contactpersoon bij nood:		
Vorige huisarts + Tel. Nr.	:	Tel.nr:

1^e Contact persoon (naam en telefoonnummer):

- ☐ **Gaat u akkoord met het elektronisch uitwisselen van medische gegevens via het LSP?**
Kijk voor uitleg over het LSP op: www.volgjezorg.nl/het-lsp
- ☐ **Praktijkvoorwaarden op onze website gelezen?**
De voorwaarden kunt u lezen op: <https://kroijenga-dejong.nl/de-praktijk/praktijkvoorwaarden/>

VOORKOMENDE ZIEKTEN	BIJ UZELF	Of bij 1 ^e graads familie jonger dan 60 jaar
Suikerziekte	JA/NEE	JA/NEE
Hart/vaatziekte	JA/NEE	JA/NEE
Hoge bloeddruk	JA/NEE	JA/NEE
Epilepsie	JA/NEE	JA/NEE
Astma of COPD	JA/NEE	JA/NEE
Verhoogd cholesterol	JA/NEE	JA/NEE
Kanker	JA/NEE	JA/NEE

Bent u onder behandeling van een specialist JA/NEE, welke:
Bent u allergisch JA/NEE, voor:
Gebruikt u medicijnen JA/NEE, welke:
Rookt u JA/NEE, sinds: sigaretten per dag:
(bij te weinig ruimte kunt u de achterzijde van dit formulier gebruiken)

Graag dit formulier zo spoedig mogelijk bij ons inleveren.
U dient u uit te laten schrijven bij uw vorige huisarts en daarbij het verzoek doen om uw medisch dossier naar ons toe te sturen.

Hierbij geef ik te kennen dat ik mij per(datum invullen) als patiënt inschrijf bij huisartsenpraktijk Kroijenga & de Jong én dat ik huisartsenpraktijk Kroijenga & de Jong machtig voor het opvragen en ontvangen van mijn medisch dossier.

(ouder/verzorger dient te tekenen indien bovenstaande persoon minderjarig is)

Handtekening: