

Inschrijfformulier KINDEREN tót 16 jaar, Huisartsenpraktijk Portland.

Persoonsgegevens

Achternaam en voorletters kind:M/V

Voornaam:Geboortedatum:.....

BSN:.....

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer(s):

Nummer ID-bewijs:

Apotheek die u nu heeft

Naam en plaats:

Zorgverzekeraar

Naam zorgverzekeraar:Polisnummer:

Medische voorgeschiedenis

Lijdt uw kind aan één of meerdere chronische aandoeningen? U kunt daarbij denken aan darmontsteking, epilepsie, hartziekten, leverziekten, schildklierafwijkingen of suikerziekte.

.....
.....
.....

Allergie

Is uw kind overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen? Wat waren de klachten?

.....

Medicatie

Naam	Sterkte	Aantal

Krijgt uw kind jaarlijks een griepvaccinatie?

JA/NEE

Indicatie:.....

Farmaceutisch dossier

Gegevens over gebruikte medicatie, allergieën en andere relevante contacten worden door apotheek Portland vastgelegd in een persoonlijke dossier. Vindt u dit bezwaarlijk? JA/NEE

Heeft u het LSP toestemmingsformulier ingevuld?

JA/NEE

Indien u deze nog niet heeft ontvangen kunt u de folder, met het formulier, vinden op de balie van de praktijk. Graag samen met dit inschrijfformulier inleveren bij inschrijving.

Opmerkingen en/of bijzonderheden

.....
.....

Wij vragen aan 1 van de ouders zich te legitimeren bij inschrijving, denkt u eraan het legitimatiebewijs mee te nemen?

Handtekening Vader:

Datum:

Nummer ID-bewijs vader:
Gezag? ja/nee

Handtekening Moeder:

Datum:

Nummer ID-bewijs moeder:
Gezag? Ja/nee