**Passanten formulier**

Naam en voorletters: Geboorte datum:
Adres: Postcode en huisnummer:
Woonplaats: Telefoon nummer:
BSN nummer: ID of rijbewijsnummer:
Naam verzekering: Verzekeringsnummer:
Pas/Uzovi nummer:
Naam eigen huisarts: Naam eigen apotheek:

**Datum:** ………………………………………….

**Reden consult:** …………………………………………………………………………………………….

Heeft u bij uw eigen huisarts & apotheek toestemming gegeven voor uitwisselen van patiëntengegevens?

Toestemming verleend Ja / Nee

Handtekening patiënt …………………

**Welke medicatie gebruikt u + sterkte(mg) en hoe vaak per dag:**

…………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………...................................................

Operatie Ja / Nee Waarvoor:

Chronische ziekte Ja / Nee Naam:

Antistolling (aceno of fenprocoumon) Ja / Nee

Zwangerschap/ Borstvoeding Ja / Nee

Nierfunctiestoornis Ja / Nee

Hart/Vaatklachten/Hoge bloeddruk Ja / Nee

Longproblemen Ja / Nee

Diabetes Ja / Nee

Allergie of intolerantie Ja / Nee Waarvoor:

(omcirkelen wat van toepassing is)

**In te vullen door de huisarts/assistente:

S:**

**O:
E:
P:**