

Czaar Peterstraat 8  
1018 PR Amsterdam

Email [assistent@mccp.nl](mailto:assistent@mccp.nl)  
Telefoon 020 622 40 99



**MEDISCH  
CENTRUM  
CZAAR  
PETER**

\_\_\_\_\_  
Naam vorige huisarts

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Emailadres vorige huisarts

\_\_\_\_\_  
BSN

## Inschrijfformulier

**Ik geef toestemming voor de overdracht  
van mijn dossier**

\_\_\_\_\_  
Achternaam

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Voorletters

\_\_\_\_\_  
Roepnaam

\_\_\_\_\_  
m/v

\_\_\_\_\_  
Postcode

\_\_\_\_\_  
Woonplaats

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
Mobiel

\_\_\_\_\_  
Emailadres?

\_\_\_\_\_  
Welke apotheek wilt u?

Ja Ik wil dat mijn belangrijkste medische gegevens  
bij bovengenoemde zorgverlener elektronisch uitgewisseld  
kunnen worden.

Ja Ik heb de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?'  
Alleen met uw toestemming!' gelezen.

Nee Ik wil niet dat mijn belangrijkste medische gegevens  
bij bovengenoemde zorgverlener elektronisch uitgewisseld  
kunnen worden.

Ja Ik wil gebruik maken van het portaal via de website van Medisch  
Centrum Czaar Peter.

\_\_\_\_\_  
Handtekening

**Wilt u kinderen onder 16 inschrijven?**

\_\_\_\_\_  
Naam kind 1

\_\_\_\_\_  
m/v

\_\_\_\_\_  
Naam kind 3

\_\_\_\_\_  
m/v

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
BSN

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
BSN

\_\_\_\_\_  
Naam kind 2

\_\_\_\_\_  
m/v

\_\_\_\_\_  
Naam kind 4

\_\_\_\_\_  
m/v

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
BSN

\_\_\_\_\_  
Geboortedatum

\_\_\_\_\_  
BSN



## Voorgeschiedenis

### Heeft u...

Verhoogde bloeddruk?

Ja sinds \_\_\_\_\_  
 Nee

Astma/copd?

Ja sinds \_\_\_\_\_  
 Nee

Suikerziekte/diabetes?

Ja sinds \_\_\_\_\_  
 Nee

Verhoogd cholesterol?

Ja sinds \_\_\_\_\_  
 Nee

## Familie

### Komt er bij vader/moeder/broer/zus voor...

Hart- en vaatziekten?

Ja Bij wie? \_\_\_\_\_  
 Nee

Suikerziekte/diabetes?

Ja Bij wie? \_\_\_\_\_  
 Nee

Verhoogd cholesterol?

Ja Bij wie? \_\_\_\_\_  
 Nee

Andere ziektes in familie?

Ja Welke? \_\_\_\_\_  
 Nee

## Ziekenhuis

### Bent u wel eens opgenomen geweest in het ziekenhuis?

Nee  Ja...

## Medicatie

### Gebruikt u regelmatig medicijnen, en zo ja, welke?

Waarvoor en wanneer?


Medicijn

Dosering


## Aanvullende vragen

Gebruikt u alcohol?

Nee  Ja...

Rookt u?

Ja  Voorheen  
 Nooit

Heeft u allergieën?

Nee  Ja...

Hoeveel per dag?

\_\_\_\_\_

Welke?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_