

Aanmelden bij Praktijk Zinchroon

Praktijk voor integrale huisartsgeneeskunde

Datum:

Achternaam:

Voornaam en voorletters:

Geboortedatum:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mail adres:

Telefoonnummer:

Huisarts:

Specialist:

Geeft u mij toestemming om zo nodig te overleggen met uw huisarts? Ja / Nee

Zorgverzekeraar:

Nummer zorgverzekering:

BS Nummer (voor als er een recept nodig is):

Wat is de diagnose vanuit de reguliere geneeskunde (indien van toepassing):

Welke andere therapie volgt u of hebt u gevolgd en bij wie? :

Welke medicatie en supplementen gebruikt u nu:

Uw hulpvraag aan de arts, reden(en) voor een consult:

Wat is uw doel, wat wilt u bereiken?: