**Passanten formulier**

**BSN-nummer : Geb.datum :**

**Naam & Voorletters : Postcode & huisnr :**

**ID of rijbewijsnummer : Woonplaats :**

**Naam verzekering : Verzek.nr :**

**Telefoonnummer : Pas/Uzovi nr :**

**Eigen huisarts : eigen apotheek:**

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

**Toestemming verleend J / N**

**Handtekening patiënt …………………**

**Indien u GEEN toestemming hebt gegeven wilt u dan onderstaande gegevens invullen:**

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

**……………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………...…**

**……………………………………………………………………………..**

**Operatie J / N Waarvoor:**

**Chronische ziekte J / N Naam:**

**Antistolling (aceno of fenprocoumon) J / N**

**Zwangerschap/ Borstvoeding J / N**

**Nierfunctiestoornis J / N**

**Hart/Vaatklachten/Hoge bloeddruk J / N**

**Longproblemen J / N**

**Diabetes J / N**

**Allergie of intolerantie J / N Waarvoor:**

**(doorhalen wat niet van toepassing is)**