

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ M / V
Meisjesnaam: _____ Voorletters: _____
Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____
Burgerservicenummer: _____
Verzekering: _____ Polisnummer: _____
Straatnaam: _____ Huisnummer: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____ Mobiele nummer: _____
(Persoonlijk) e-mailadres: _____
Opleidingsniveau: _____ Beroep: _____
Type legitimatiebewijs: _____ Documentnummer: _____

Is uw partner/huisgenoot al in de praktijk ingeschreven? Ja / Nee

Zo ja;

Naam van uw partner/huisgenoot: _____

Geboortedatum van uw partner/huisgenoot: _____

Reden van inschrijving: Verhuizing? Ja / Nee / Anders: _____

Gegevens vorige huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Medische gegevens

Lengte: _____ cm Gewicht: _____ kg

Heeft u een allergie (bijvoorbeeld medicatie)? Ja / Nee

Waarvoor bent u allergisch: _____

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Heeft u een chronische ziekte of komt deze in de familie voor?

	Bij u:	Bij u in de familie:
Suikerziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Hart/vaatziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Nierziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Hoge bloeddruk:	Ja / Nee	Ja / Nee
Astma of COPD:	Ja / Nee	Ja / Nee
Epilepsie:	Ja / Nee	Ja / Nee
Reumatoïde artritis:	Ja / Nee	Ja / Nee
Te hoog cholesterol:	Ja / Nee	Ja / Nee
Andere ziekten:	Ja / Nee	Ja / Nee

Welke: _____

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja / Nee

Zo ja, waarom? _____

Heeft u in het verleden een operatie ondergaan? Ja / Nee

Zo ja, wanneer en waarvoor? _____

Leefstijl

In de praktijk wordt veel aandacht besteed aan preventie, vandaar dat we graag antwoord op de onderstaande vragen van u ontvangen.

Rookt u? Ja / Nee (Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____)

Gebruikt u alcohol? Ja / Nee (Zo ja, hoeveel consumpties per dag / per week? _____)

Gebruikt u drugs? Ja / Nee (Zo ja, welke en hoeveel? _____)

Is er nog aanvullende informatie waarvan u uw nieuwe huisarts op de hoogte wil stellen?

Wenst u een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts? Ja / Nee

Wenst u gebruik te maken van MijnGezondheid.net? Ja* / Nee

**MijnGezondheid.net is uitsluitend te gebruiken door personen van 16 jaar en ouder, met een Digi-D inlog.*

Bij het inleveren van uw inschrijfformulieren dient u zich te legitimeren met een geldig identiteitsbewijs of paspoort. Wij wijzen u er nogmaals op dat u zelf verantwoordelijk bent voor de overdracht van uw medische gegevens, neemt u hiervoor contact op met uw vorige huisarts.

Handtekening patiënt: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Aangenomen door medewerker: _____