**Inschrijfformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:       | Meisjesnaam:      |
| Voorletters:       | Roepnaam:       |
| Geboortedatum:       | Geslacht: [ ]  M [ ]  V |
| Adres:       |
| Postcode:       | Plaats:       |
| Telefoon thuis:       | Mobiel:       |
| Emailadres:       | Beroep:       |
| Zorgverzekeraar:       | Polisnummer:       |
| BSN:       |  |
| Vorige huisarts:       | Naam apotheek:       |

Bij inschrijving zijn wij verplicht om eenmalig uw identiteit te controleren en het nummer van uw identiteitsbewijs (paspoort, ID-kaart of rijbewijs) te noteren.

**Medische voorgeschiedenis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Heeft U:** | **Aanvullingen** |
| Hoge bloeddruk | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Hartaandoening | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Suikerziekte | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Beroerte gehad? | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Hoog cholesterol | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Astma of COPD | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Reuma | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Osteoporose | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Depressie ? Angsten? | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Rookt u? | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Drinkt u alcohol? | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |
| Drugsgebruik? | [ ]  Ja | [ ]  Nee |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Zo Ja, Welke** |
| Gebruikt u medicijnen? | [ ]  Ja [ ]  Nee |       |
| Allergie voor medicijnen of anderszins? | [ ]  Ja [ ]  Nee |       |
| Bent u ooit geopereerd? | [ ]  Ja [ ]  Nee |       |
| Bent u onder behandeling van een specialist? | [ ]  Ja [ ]  Nee |       |

Middels dit formulier geeft u ons toestemming om uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts.

Het is aanbevolen om uw vorige huisarts mondeling of schriftelijk op de hoogte te stellen van de voorgenomen overstap.

Datum Handtekening