**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk op 11**

**Naam en voorletters:...............................................................................................................**

**Roepnaam: (indien jonger dan 16 jaar):...............................................................................**

**Geboortedatum:......................................................................................................................**

**Geslacht: man/vrouw**

**Adres:......................................................................................................................................**

**Postcode........................................... Woonplaats:..................................................................**

**Telefoon thuis...................................Mobiel:..............................Werk:..................................**

**E-mailadres:.............................................................................................................................**

**Burgerlijke staat: (doorhalen wat niet van toepassing is):**

**Gehuwd/ongehuwd/samenwonend/gescheiden/weduwe/weduwnaar/**

**Heeft u kinderen: 0 nee**

 **0 ja, thuiswonend, aantal........ geb.data: ............................................................................**

 **0 ja, uitwonend, aantal........... geb.data: .............................................................................**

**Beroep:.....................................................................................................................................**

**Geboorteland:.........................................................................................................................**

**Naam zorgverzekering................................................Nummer:..........................................**

**BSN nummer:.........................................................................................................................**

**(Gaarne copy legitimatie en verzekeringspas meenemen!)**

**Vorige huisarts:......................................................................................................................**

**Adres:......................................................................................................................................**

**Postdode + Woonplaats:........................................................................................................**

**Telefoonnummer:...................................................................................................................**

**Nieuwe apotheek wordt:........................................................................................................**

**Datum van inschrijving:...............................................Plaats:..............................................**

 **Handtekening: ...............................................................................**

 **INFORMATIE BESTEMD VOOR UW HUISARTS:**

**Naam :........................................................**

**Geboortedatum :........................................................**

**Welke medische problemen zijn er op dit moment? (bv suikerziekte, hoge bloeddruk):**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**Welke belangrijke medische problemen zijn er in het verleden geweest( bv**

**ziekenhuisopnames of operaties)**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, gaarne naam en dosering noteren. S.v.p. ook pijnstillers**

**en anticonceptie vermelden:**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**Bent u allergisch voor geneesmiddelen of andere dingen?**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**Komen er in uw familie bepaalde ziekten voor? (bv suikerziekte):**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**Heeft u een medische indicatie voor een griepprik? Ja/nee**

**Zijn er andere zaken van belang voor uw huisarts?**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**

**..................................................................................................................................................**