

GELIEVE ALLE VAKJES INVULLEN

Voorletters ----- Roepnaam -----
Achternaam -----
Meisjesachternaam -----
Geslacht m /v
Geboortedatum -----
Adres + huisnummer -----
Postcode + woonplaats -----
Emailadres -----
Telefoonnummer -----
Tweede telefoonnummer -----
In geval van NOOD waarschuwen, tel: -----

Apotheek-----

Gezin / alleen- / samenwonend-----

Indien U met iemand samen woont of gehuwd bent:

Wat is zijn / haar naam-----

Wat is zijn / haar geboortedatum-----

Naam verzekering -----

UZOVI nummer verzekering (4 getallen, op pasje) --- --- --- ---

Polisnummer -----

Burgerservicenummer/sofinummer --- --- --- --- --- --- --- ---

Document nummer paspoort/ID-kaart/rijbewijs -----

Naam en plaats vorige huisarts -----

Toestemming LSP (Inzien medisch dossier door ziekenhuizen): Accoord

Ondergetekende verklaart dat hij/zij zich heden heeft ingeschreven bij bovengenoemde huisartsenpraktijk.

Tevens machtigt ondergetekende deze praktijk tot het afmelden van bovengenoemde personen bij de vorige huisarts en verzoekt hem/haar mijn/onze dossiers op te sturen.

Bij voorkeur digitaal via vecozo: nr 10199054592001 J.H. Berendse

Datum:

Handtekening:

Meenemen bij inschrijving:

- dit formulier
- legitimatie (Per 1 juni 2009 zijn wij verplicht dit te vragen. Wij verzoeken u een kopie bij te sluiten. Bij kinderen onder de 14 jaar voldoet een legitimatie bewijs van vader of moeder.)
- verzekeringsbewijs/pas

GELIEVE ALLE VAKJES INVULLEN

Medische vragenlijst

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Beroep/studie:

* Welke verwachtingen heeft u ten aanzien van onze praktijk?

.....
.....

* Rookt u? ja/neesigaretten/sigaren per dag

* Drinkt u alcohol ja/neeglazen per dag

* Bent u allergisch ja/nee waarvoor:.....

* Gebruikt u medicijnen ja/nee zo ja, Welke:

noteer: naam, sterkte, hoe vaak en hoeveel per dag.

.....
.....
.....

* Bent u in het verleden wel eens ernstig ziek geweest? ja/nee

Zo ja, welke ziekte.....

.....

* Heeft u nu, of in het verleden last gehad van de volgende ziektes:

diabetes (suikerziekte) ja/nee copd/astma ja/nee

hoge bloeddruk ja/nee epilepsie ja/nee

hartziekte ja/nee nierziekte ja/nee

geslachtsziekte ja/nee gewrichtsziekte ja/nee

blaasontsteking ja/nee bloedarmoede ja/nee

maagklachten ja/nee darmaandoening ja/nee

overspannenheid ja/nee

andere ziekten ja/nee

welke:.....

.....

* Bent u ooit in aanraking geweest met (seksueel) geweld? ja/nee

* Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis ja/nee

Zo ja, in welk jaar, waarvoor en hoelang?

.....
.....

* Bent u onder behandeling (geweest) van een specialist? ja/nee

Zo ja, wie, in welk jaar en waarvoor?

.....
.....

Ruimte voor opmerkingen: