

**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 -----  
UZOVl nummer verzekering (4 getallen, op pasje) --- -- -- --  
Polisnummer -----  
Burgerservicenummer/sofinummer --- -- -- -- -- -- -- --  
Document nummer O paspoort O ID-kaart O rijbewijs -----  
Naam en plaats vorige huisarts -----  
Ongedocumenteerd: Ja/Nee    Indien ja, herkomst: \_\_\_\_\_

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:

**GELIEVE ALLE VAKJES INVULLEN**

**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

**Medische vragenlijst**

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Beroep/studie:

\* Welke verwachtingen heeft u ten aanzien van onze praktijk?

.....  
.....

\* Rookt u? ja/nee .....sigaretten/sigaren per dag

\* Drinkt u alcohol ja/nee .....glazen 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

***Via MijnMltz.nl kunt u zelf online uw toestemmingskeuzes vastleggen en beheren. Andere zorgaanbieders kunnen uw medische gegevens dan digitaal opvragen wanneer dit nodig is.***

**GELIEVE ALLE VAKJES INVULLEN**

\* 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: