**Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij deze apotheekhoudende huisarts. Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.**

Persoonsgegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| **Inschrijfdatum:** |  |
| **Achternaam:** |  |
| **Meisjesnaam:** |  |
| **Voorletters:** |  |
| **Roepnaam:** |  |
| **Geboortedatum:** |  |
| **Geslacht:** |  |
| **BSN:** |  |
| **Beroep:** |  |
| **Burgerlijke staat:** |  |

Adresgegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| **Straatnaam:** |  |
| **Huisnummer:** |  |
| **Postcode:** |  |
| **Woonplaats:** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |
| **Mobiel:** |  |
| **E-mail:** |  |

Verzekeringsgegevens:

**Indien u de eerste keer de huisarts bezoekt, neemt u dan altijd uw verzekeringspapieren mee.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam verzekeraar:** |  |
| **Polisnummer:** |  |

Vorige huisarts/ apotheek:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam Huisarts:** |  |
| **Adres huisarts:** |  |
| **Plaats huisarts:** |  |
| **Telefoon huisarts:** |  |
| **Naam apotheek:** |  |
| **Plaats apotheek:** |  |
| **Telefoon apotheek:** |  |

Belangrijk:

* **Aub uw vorige huisarts inlichten dat u van huisarts veranderd. Medische gegevens worden elektronisch opgevraagd via de assistentes van de praktijk.**

Belangrijke gegevens/ opmerkingen:

**Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?:** | |
| **Medicijnen:** |  |
| **Voedingsmiddelen:** |  |
| **Bijen of wespensteken:** |  |
| **Anders:** |  |

**Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?**

|  |
| --- |
|  |

**Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?**

**(Zoals vitaminen, mineralen, maagtabletten, pijnstillers, etc)**

|  |
| --- |
|  |

**Heeft u een chronische ziekte? Ja / Nee**

**Suiker Epilepsie**

**Schildklierziekte Astma**

**Hoge bloeddruk Longemfyseem**

**Hart- of vaatziekte Anders, nl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bent u wel eens geopereerd? Ja / Nee**

**Zo ja, waaraan en wanneer?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jaar:** | **Reden:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis, anders dan voor een operatie? Ja / Nee**

**Zo ja, waaraan en wanneer?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jaar:** | **Reden:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Rookt u?**

**Nee, nooit gedaan Nee, gestopt sinds \_\_\_\_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_\_\_\_ sigaret(ten) per dag**

**Wat is uw gewicht?**

**KG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lengte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Komen er in uw familie ziekten voor? Nee / Ja, namelijk:**

**Astma/ allergieën Hoofdpijn/ migraine Galblaasproblemen**

**Gewrichtsklachten Epilepsie Leverziekten**

**Hoge bloeddruk Beroertes Nierziekten**

**Hoog cholesterol Schildklierziekte Kanker, namelijk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Suikerziekte Tuberculose Psychische ziekten**

**Hartziekten Longziekten Alcohol/ drugsmisbruik**

**Stollingsstoornissen Maagzweer Overig, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**