



Naam vorige huisarts

Datum

Fax of emailadres vorige huisarts

BSN

Inschrijfformulier

Nieuwe Patiënt

Achternaam

Adres

Voorletters

Roepnaam

m/v

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Welke apotheek wilt u?

Telefoon

Mobiel

Emailadres?

Ja Ik wil dat mijn belangrijkste medische gegevens bij bovengenoemde zorgverlener elektronisch uitgewisseld kunnen worden.

Ik heb de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen? Alleen met uw toestemming!' gelezen.

Nee Ik wil niet dat mijn belangrijkste medische gegevens bij bovengenoemde zorgverlener elektronisch uitgewisseld kunnen worden.

Handtekening

Wilt u kinderen onder 16 inschrijven?

Naam kind 1

m/v

Naam kind 3

m/v

Geboortedatum

BSN

Geboortedatum

BSN

Naam kind 2

m/v

Naam kind 4

m/v

Geboortedatum

BSN

Geboortedatum

BSN



Voorgeschiedenis

Heeft u...

Verhoogde bloeddruk?

Ja sinds _____
 Nee

Astma/copd?

Ja sinds _____
 Nee

Suikerziekte/diabetes?

Ja sinds _____
 Nee

Verhoogd cholesterol?

Ja sinds _____
 Nee

Familie

Komt er bij vader/moeder/broer/zus voor...

Hart- en vaatziekten?

Ja Bij wie? _____
 Nee

Suikerziekte/diabetes?

Ja Bij wie? _____
 Nee

Verhoogd cholesterol?

Ja Bij wie? _____
 Nee

Andere ziektes in familie?

Ja Welke? _____
 Nee

Ziekenhuis

Bent u wel eens opgenomen geweest in het ziekenhuis?

Nee Ja...

Waarvoor en wanneer?

Medicatie

Gebruikt u regelmatig medicijnen, en zo ja, welke?

Medicijn

Dosering

Aanvullende vragen

Gebruikt u alcohol?

Nee Ja...

Rookt u?

Ja Voorheen
 Nooit

Heeft u allergieën?

Nee Ja...

Hoeveel per dag?

Welke?

