**Huisartsen:**Dhr. H.Hutten
Mw. M. Tillemans
Mw. J. ten Berge

Datum van inschrijving:

Bent u ooit eerder patiënt in deze praktijk geweest? [ ] nee [ ] ja
Woont u samen met een patiënt die al in deze praktijk zit? [ ] nee [ ] ja, namelijk:

PERSONALIA

Achternaam:
Voorletter(s):       Voornaam:
Geslacht: [ ] m [ ] v
Geboortedatum:       Geboorteplaats/land:
Adres:
Postcode + Plaats :
Telefoon thuis:       Telefoon werk:
Mobiel nummer:
E-mailadres:

Ziektekostenverzekering:       Polisnummer:
BSN:

Vorige huisarts (naam):       Plaats & telefoon:

*Hierbij geef ik toestemming aan mijn vorige huisarts mij/ons uit te schrijven
en de medische gegevens op te sturen naar bovenstaand adres.

handtekening:*

WOONSITUATIE

[ ] alleenwonend [ ] gescheiden [ ] weduwe/weduwnaar

[ ] samenwonend met:       geboortedatum:
[ ] gehuwd met:       geboortedatum:

HEEFT U KINDEREN?

[ ]  nee [ ]  ja, uitwonend [ ]  ja, thuiswonend, aantal:

GEGEVENS THUISWONENDE KINDEREN:
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:

WERK

[ ]  werk als:
[ ]  werkloos sinds:       mijn werk was:       uitkering: [ ]  ja [ ]  nee
[ ]  arbeidsongeschikt sinds:       mijn werk was:       oorzaak:
[ ]  studie:

GEZONDHEID EN ZIEKTEN:

Heeft u klachten (gehad) van:
[ ]  diabetes mellitus (suiker ziekte)
[ ]  astma, chronische bronchitis of andere longziekte
[ ]  hoge bloeddruk
[ ]  hart- of vaatziekten
[ ]  overspannenheid/ depressie of angsten
[ ]  eetstoornis
[ ]  lever- of darmziekten
[ ]  schildklierziekten
[ ]  geslachtziekten
[ ]  Aanhoudende gewrichtsklachten
[ ]  andere ziekten, namelijk:

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?
[ ]  nee [ ]  ja, specialisme:       ziekte:

Gebruikt u geneesmiddelen?
[ ]  nee [ ]  ja, namelijk:

Bent u overgevoelig (allergisch) voor: geneesmiddelen/ bepaald eten/ iets anders?
[ ]  nee [ ]  ja, voor

Heeft u in het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad?
 [ ]  nee [ ]  ja

Heeft u wel eens een ongeluk gehad of een operatie ondergaan?
[ ]  nee
[ ]  ja, namelijk: [ ]  ongeluk:
 [ ]  operatie(s):
 [ ]  ziekenhuisopname:

Rookt u?
[ ]  Nee, evt. gestopt sinds:       [ ]  ja, aantal sigaretten per dag:

Gebruikt u drugs?
[ ]  nee [ ]  ja, namelijk:

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?
 [ ]  nee [ ]  ja

Heersen er ziekten in uw familie?
[ ]  nee
[ ]  ja: bij wie en op welke leeftijd:

 [ ]  diabetes mellitus (suikerziekte)
 [ ]  hoge bloeddruk
 [ ]  hart- en vaatziekten
 [ ]  beroerte of hersenbloeding
 [ ]  astma/CARA
 [ ]  nierziekten
 [ ]  psychische ziekten
 [ ]  kanker
 type kanker:

EXTRA
Als u nog opmerkingen of aanvullingen heeft, dan kunt u dat hieronder aangeven.