

## INSCHRIJFFORMULIER

Voor een goede inschrijving is het van belang dat u deze vragenlijst zo volledig mogelijk invult.  
Neem tevens een geldig identiteitsbewijs mee bij inlevering van het formulier.

<b>Voornaam en achternaam:</b>	
<b>Geboortedatum en geslacht:</b>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Vrouw
<b>Straat en huisnummer:</b>	
<b>Postcode en woonplaats:</b>	
<b>Telefoonnummer + Mobielnummer:</b>	
<b>E-mail adres:</b>	
<b>Burgerservice nummer:</b>	
<b>Zorgverzekeraar en nummer:</b>	
<b>Geboorteland:</b>	
<b>Nieuwe apotheek:</b>	<input type="checkbox"/> Benu apotheek 't Hout <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:.....
<b>Praktijknaam en plaats vorige huisarts:</b>	

Medische gegevens	Ja	Nee	Indien ja graag toelichting:
Bent u onder behandeling of controle van een arts?			
Lijdt u aan een (chronische) ziekte?			
Gebruikt u medicijnen of (anticonceptie)pil?			
Heeft u nu of in het verleden een depressieve stoornis of een ander psychisch probleem gehad?			
Komen er bij u in de familie erfelijk belastbare aandoeningen voor?(zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, carcinoom)			
Bent u ooit geopereerd?			
Wordt u bestraald, krijgt u chemokuur, of heeft u één van beide ooit ondergaan?			
Bent u allergisch?			
Beschikt u over een wilsverklaring of een 'niet reanimeren' verklaring?			
Heeft u op dit moment klachten over uw gezondheid?			
Krijgt u jaarlijks een uitnodiging voor de griepvaccinatie?			

Is uw partner of huisgenoot al patiënt in onze praktijk én woont hij/zij op hetzelfde adres als u, dan graag hier de naam en geboortedatum noteren:

Als u een kennismakingsgesprek wenst, maken we voor u een afspraak zodra uw dossier ontvangen is.

**Datum:** .....      **Handtekening:** .....  
(ouder/verzorger)