|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voorletters/Voornaam |  |  | M/V |
| Achternaam |  | Geboortedatum |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  | Polisnummer |  |
| Burger Service Nummer |  |  |  |
| Straat |  | Nummer |  |
| Postcode |  | Woonplaats |  |
| Geboorteplaats/land |  |  |  |
| Telefoonnummer |  | Mobiel |  |
| Apotheek(nieuwe) |  |  |  |

**Inschrijfformulier**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorige huisarts |  |  |  Plaats |  |
| Burgerlijke staat |  Alleenwonend/Samenwonend/Gehuwd/Gescheiden/Weduwe of weduwnaar |
| Kinderen | J/N |  Aantal thuiswonend |  |  Aantal uitwonend |  |
| Opleiding |  |  |  |  |  |
| Dagbesteding |  Werk/Werkeloos/Arbeidsongeschikt/Zorg voor het huishouden/Opleiding |
| Soort werk/opleiding |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sport U? | Nee / Ja | Welke sport doet u?  |
| Rookt U? | Nee / Ja | Hoeveel rookt u per dag?  |
| Drinkt U? | Nee / Ja | Hoeveel glazen per week?  |
| Gebruikt u drugs? | Nee / Ja | Welke drugs gebruikt u?  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heeft u allergieën? |  Nee / Ja, voor: |  |  |
| Gebruikt u geneesmiddelen? |  Nee / Ja, namelijk: |  |  |
| Afgelopen jaar griepprik gehad? |  |  |  |
| Bent of was u onder behandeling van |  Nee / Ja, wegens: |  |  |
| een medisch specialist? |  |  |  |
| Heeft of had u andere ziekten of  |  Nee / Ja, namelijk: |  |
| aandoeningen? |  |
| Komen er suikerziekte, hart- en |  Suikerziekte | Nee / Ja, bij: |  |
| vaatziekten, kanker of andere |  Hart- en vaatziekten | Nee / Ja, bij: |  |
| ziekten voor in de familie? |  Kanker | Nee / Ja, bij: |  van |
|  |  Andere aandoeningen: |  |
| Bent u ooit slachtoffer geweest van |  Nee/ Ja |  |  |
| (seksueel) geweld? |  |  |  |

**Bij het inleveren van het inschrijfformulier graag ook een kopie van uw id/paspoort en een kopie van uw huidige verzekeringsgegevens/pas inleveren.**