|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.**