**Inschrijfformulier
*Vul dit formulier zorgvuldig in en leveren het in bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.***

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam:  |  |
| Voorletters:  |  | Roepnaam: |  |
| Geboortedatum:  | Geboorteplaats: | Geslacht: | M / V |
| Burgerlijke staat: | Geboorteland: |
| Beroep:  | Opleiding: |
| Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder?Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? | Ja / NeeJa / Nee / Niet bekend |

**Gezinsleden zowel in - als uitwonend**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **M/V** | **Naam** | **Geboortedatum** | **Inwonend/****uitwonend** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straat: |  |
| Postcode: |  | Plaats:  |  |
| Telefoonnummer:  |  | Mobiel nummer: |  |
| Emailadres: |  |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  | UZOVI nr. :(indien bekend)  |  |
| Burger Service Nummer: |  | Polisnummer: |  |

 **Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Adres en plaats: |  |

**Gegevens vorige apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Adres en plaats: |  |

**Gegevens Contactpersoon**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Adres en plaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Emailadres: |  |

**Toestemming**

*Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.
Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.*

*Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.*

*Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.*

Datum: Handtekening(en)

**Medische gegevens**
**Bent u** **overgevoelig** **of** **allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**
**Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?**

○ nee ○ ja

Geneesmiddel/hulpstof/anders Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **Gebruikt u medicijnen?**

○ nee ○ ja

 ***Naam geneesmiddel Hoeveel mg / ml (sterkte) Gebruik per dag of per week***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**
Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

○ nee ○ ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

|  |
| --- |
|  |

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

○ nee ○ ja

 **Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Standaard kindervaccinaties** | **ja / nee** |  |
| **Extra vaccinaties (bijv. Hepatitis B)** | **ja / nee** | **Welke en wanneer:** |
| **Griepvaccinatie** | **ja / nee** |  |
| **Reizigersvaccinatie** | **ja / nee** | **Welke en wanneer:**  |

## ****Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?****○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

|  |
| --- |
|  |