**Inschrijfformulier nieuwe patiënt**

(Graag invullen en afgeven op de praktijk. Neemt u s.v.p. uw legitimatie en verzekeringsgegevens mee.)

**Inschrijving patiënt per datum** : ..............................................................................

**Persoonlijke gegevens:**

Voorletters en achternaam : ..................................................................... M/V

Roepnaam : ..............................................................................

Geboortedatum : …...........................................................................

Geboorteplaats : ..............................................................................

Adres : ..............................................................................

Postcode en woonplaats : ..............................................................................

Telefoon nr. (vast) : ..............................................................................

Mobiele tel nr. :...............................................................................

Burgerlijke staat : ..............................................................................

Nationaliteit : ..............................................................................

Beroep/opleiding : ..............................................................................

E-mailadres : ..............................................................................

Apotheek : …............................................................................

Vorige huisartsenpraktijk : ................................................... te .......................

Zorgverzekeraar : …..................................................UZOVI.................

Verzekeringsnummer : ................................................................................

BSN nummer : ................................................................................

Toestemming delen belangrijke medische gegevens: [Voorlichtingsfolder LSP](file:///C%3A%5CUsers%5CHerwin%5CDocuments%5CVoorlichtingsfolder%20Volgjezorg_invulbare%20PDF.pdf)

Bovengenoemde patiënt verklaart per bovengenoemde datum ingeschreven te willen worden als patiënt bij gezondheidscentrum Nijkerkerveen en geeft toestemming voor het opvragen van de medische gegevens bij de vorige huisartsenpraktijk:

Datum : ……………………………………………………………………...

Handtekening : ………………………………………………………………………

(Indien minderjarig dan ook ondertekening door ouder/wettelijke voogd.)

**In te vullen door assistente :**

Gelegitimeerd : ja / nee

ID soort : ................................................... nr.: ....................................................

**Inschrijfformulier nieuwe patiënten (vervolg)**

Naam : .....................................

Geboortedatum : .....................................
 **Medische vragen:**

Bent u bekend met allergieën? Ja / nee
Zo ja, welke : ............................................................................................................

 ............................................................................................................

 ............................................................................................................

Anticonceptiepil? Ja / nee / n.v.t.
Rookt u? Ja / nee / n.v.t.
Sport u? Ja / nee

Zo ja, welke sport : ............................................................................................................

Krijgt u een jaarlijkse griepvaccinatie? Ja / nee

Zo ja, om welke reden? : ............................................................................................................

Bent u onder behandeling van een specialist? Ja / nee

Zo ja, bij wie en waarvoor? : ............................................................................................................

 ............................................................................................................

 ............................................................................................................

**Komen onderstaande ziektes voor bij uzelf of in de familie?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ziekte: | Bij uzelf: | In de familie: | Namelijk bij: |
| Diabetes mellitus (suikerziekte) |  |  |  |
| Hart- en vaatziekten(hartinfarct/beroerte) |  |  |  |
| Hypertensie(hoge bloeddruk) |  |  |  |
| Verhoogd cholesterol |  |  |  |
| Longziekten(astma/COPD) |  |  |  |
| Schildklierstoornis |  |  |  |
| Reumatische aandoeningen |  |  |  |

Aanvullende opmerkingen : ............................................................................................................