**Inschrijving**

Gelieve uw keuze aan te geven:

⃝ mw. S. Rabenberg en dhr. B.A.M. Duineveld

⃝ mw. C.C.A.N. van Oppen en dhr. S. Hattinga Verschure

**Persoon 1** M / V

Voor en achternaam ……………………………………………………………… Voorletters ……….……

Meisjesnaam .………………………………………………………………..……..………………………..

Adres ………………………………………………………………..………………………………..

Postcode + woonplaats ……………………………………………………………………………………….………..

Telefoonnummer(s) ………………………………………………………………………………………………….

E-mailadres ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Apotheek ……………………………………………………………………………………………………………

**Persoon 2** M / V

Naam ………………………………………………………… Voorletters ……….………….

Meisjesnaam .………………………………………………………………..……..………………………..

Telefoonnummer(s) ………………………………………………………………………………………………….

E-mailadres ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Voornaam kind …………………………………………………….……………………………………….…..

Achternaam ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Voornaam kind …………………………………………………….……………………………………….…..

Achternaam ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Voornaam kind …………………………………………………….……………………………………….…..

Achternaam ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Voornaam kind …………………………………………………….……………………………………….…..

Achternaam ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum ………………………………………………………………………………………………….

BSN ………………………………………………………………………………………………….

Zorgverzekeraar …………………………………………. Polisnummer ……………………………….

Naam vorige huisarts ………………………………………………………………………………………………….

Geeft u ons toestemming om uw medische gegevens te delen via het Landelijk Schakelpunt (LSP)? Meer informatie hierover vindt u op www.volgjezorg.nl

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

Naam ………………………………………………………………………………. JA / NEE

Geboortedatum ………………………………………………………

U kunt toegang krijgen tot MijnGezondheid.net. Dit is een patiënten portaal waar u met uw DigiD kunt inloggen en eenvoudig een aantal zaken kunt regelen. Meer informatie vindt u op onze website.

Wij zijn verplicht om bij het eerste contact uw legitimatie te controleren. Denk er dus aan deze mee te nemen (of een kopie mee te sturen).Vanaf 14 jaar geldt deze legitimatieplicht ook voor kinderen.

Voor ons privacybeleid verwijzen wij u naar onze website. In dit reglement staat beschreven welke maatregelen de praktijk heeft genomen om zeker te stellen dat er zorgvuldig met uw gegevens wordt omgegaan.

Ondergetekende(n) verklaart dat alle gegevens volledig en juist zijn ingevuld.

Datum ………………………………………………….. Plaats …………………………………………………………………

Naam ………………………………………………….. Handtekening …………………………………………………….

**Medische vragenlijst**

Naam ……………………………………….………………………………. Geboortedatum ……………………………………………

**Voorgeschiedenis:**

Heeft u klachten (gehad) van onderstaande aandoeningen?

Diabetes (suikerziekte) JA / NEE

Hypertensie (hoge bloeddruk) JA / NEE

Hart- en vaatziekten JA / NEE

Longziekten (astma, COPD, TBC) JA / NEE

Hooikoorts JA / NEE

Reumatische aandoening JA / NEE

Psychische klachten JA / NEE

Bent u in het verleden wel eens ernstig ziek geweest (wat niet bovenstaand al is aangegeven)?

Zo ja, welke ziekte? ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Wanneer ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Bent u allergisch voor geneesmiddelen, bepaald eten of drinken of andere stoffen?

Zo ja, waarvoor ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Gebruikt u medicijnen?

|  |  |
| --- | --- |
| Naam medicatie + mg | Dosering per dag |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |