**Inschrijving**

**Persoon 1** M / V / X

Voor en achternaam ……………………………………………………….……… Voorletters ………..….  
  
Meisjesnaam .………………………………………………………………..……..………………………..  
  
Adres ………………………………………………………………..………………………………..  
  
Postcode + woonplaats ……………………………………………………………………………………….………..

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

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

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

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

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

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

**Persoon 2** M / V / X

Voor en achternaam ………………………………………………………… Voorletters ……….………….  
  
Meisjesnaam .………………………………………………………………..……..………………………..  
  
Telefoonnummer(s) ………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

**Naam kind** ……………………………………………………………….……………… M / V / X

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

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

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

**Naam kind**  ……………………………………………………………..……………… M / V / X

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

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

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

**Naam kind** …………………………………………………….…………….………… M / V / X

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

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

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

**Naam kind**  …………………………………………………….………….…………… M / V / X

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

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

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

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

**Het is van belang dat u de vorige huisarts op de hoogte brengt van uw overstap i.v.m. de overdracht van uw medisch dossier!**

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 ………………………………………………………

Met MijnGezondheid.net regelt u digitaal uw gezondheidszaken bij uw huisarts of apotheek. Meer informatie vindt u op onze website. Wilt u toegang? JA / NEE

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 privacy beleid 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  
(vanaf 16 jaar)**

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |