

FORMULIER VOOR NIEUW INGESCHREVEN PATIËNT (per persoon)

Voorletters:.....Roepnaam:.....

Achternaam:.....

Geboortedatum:.....-.....-.....

Adres/Straat:Huisnummer:.....

Postcode:.....Tel:.....Mobiel:.....

Welke basisverzekering.....Verzekeringsnummer:.....

Burgerservicenummer:.....

Beroep/studie:.....

Ik heb werk / ben werkeloos / ben arbeidsongeschikt

Ik ben alleenwonend / samenwonend / gehuwd / gescheiden / weduwe / weduwnaar

Vorige huisarts:.....te:.....

VRAGEN OVER ZIEKTEN IN DE FAMILIE

Welke bijzondere ziekten komen in uw familie voor?.....

VRAGEN OVER UW GEZONDHEID **

Zijn er momenteel (ernstige) problemen van uw gezondheid die om directe aandacht vragen?

VROEGERE ZIEKTES, OPNAMES EN OPERATIES **

Zo ja, waarvoor en wanneer:

ALGEMENE VRAGEN: **

Heeft u van uw vorige huisarts een griepvaccinatie op medische indicatie gehad: ja/nee

Bent u allergisch (overgevoelig)? Met name voor medicatie:.....

Gebruikt u medicijnen? nee / ja;

Naam medicijn/sterkte/dosering:.....

BIJZONDERHEDEN: **.....

****Zonodig aan achterzijde invullen**