

**INSCHRIJFFORMULIER**

Voornaam	
Voorletters	
Achternaam	
Geboortenaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Straat en huisnummer	
Postcode	
Telefoon thuis	
Telefoon mobiel	
E-mail adres	
Verzekering en polisnummer	
Paspoort/ID kaart en nummer	
BSN nummer	
Vorige apotheek	
Nieuwe apotheek	
Naam en woonplaats vorige huisarts	
Ik geef toestemming aan mijn vorige huisarts en apotheek mijn medisch dossier over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Ik geef toestemming aan mijn nieuwe huisarts en apotheek voor het uitwisselen van medische gegevens door deze beschikbaar te stellen via het LSP	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee * Voor informatie: <a href="http://www.ikgeeftoestemming.nl">www.ikgeeftoestemming.nl</a>
Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Bij welke huisarts/praktijk wilt u zich inschrijven?	

**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 INFORMATIE / MEDICAL INFORMATION**

Heeft u ooit geleden aan één van onderstaande aandoeningen? Zo ja, (sinds) wanneer?  
*Have you ever suffered of any of these diseases? If yes, please note date and diagnoses*

- Suikerziekte / *Diabetes*
- Longziekten / *Lung diseases*
- Hoge bloeddruk / *High blood pressure*
- Hart- en vaatziekten / *Heart disease*
- Depressies / *Depressions*
- Lever- of darmziekten / *Liver or intestinal diseases*
- Eetstoornis / *Eating disorder*
- Gewrichtsklachten / *Sustained pain in the joints*
- Geslachtsziekten / *Venereal diseases*
- Schildklierziekten / *Thyroid diseases*
- Geen van bovenstaande / *None of the above*

Bent u recentelijk behandeld door een specialist? En zo ja, waarvoor? Are you presently being treated by a specialist? If yes, please note date and diagnosis

- Nee / *No*
- Ja / *Yes* , welke specialismen? / *which specialism?*
- a) .....
- b) .....

Gebruikt u momenteel medicatie / *Are you presently on medication:*

- Nee / *No*
- Ja / *Yes:*.....

Bent u allergisch voor / *Are you allergic to:*

- Geneesmiddelen / *Types of medication:*.....
- Voedingsmiddelen / *Foods or drinks:*.....
- Andere stoffen / *Other substances:* .....
- Niet allergisch / *Not allergic*

Heeft u afgelopen jaar een griepvaccinatie gekregen / *Did you have a flu-vaccination during the past year:*

- Ja / *Yes*, omdat / *why:* .....
- Nee

Heeft u ooit een ongeluk/operatie/ gehad ondergaan, toelichting: / *Have you ever had an accident/operation, please explain:*

- Ja / *Yes:*.....
- Nee / *No*

Rookt u? / *Do you smoke?*

- Ja / *Yes*,.....sigaretten per dag/ *cigarettes a day*, gedurende / *during*..... jaar/ *year*
- Nee / *No*
- Heeft u gerookt en bent u gestopt / *Did you smoke but stopped?*

Zo ja, wanneer?/ *If yes, when?*.....

Drinkt u alcohol? / *Do you drink alcohol?*

- Ja / *Yes*..... glazen per dag / *on average*.....drinks a day
- Nee / *No*

Aandoeningen in de familie, zo ja bij wie? (alleen in eerste en tweede graad):

*Diseases running in the family, if yes, what family members (only first and second grade)*

- Diabetes / *Diabetes*
- Hoge bloeddruk / *High blood pressure*
- Hart- en vaatziekten < 60 jaar / *Heart disease < 60 year*
- Kanker < 50 jaar / *Cancer < 50 year*
- Andere ziekten/aandoeningen / *Other diseases*.....
- Geen van bovenstaande aandoeningen / *None of the above*