**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK MILAN**

Dierenselaan 14, 2573KH, Den haag

T: 070-3624082 F: 070-3605948

**MEDICOM CODE: BC**

Achternaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Voorletter(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M/V\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. thuis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. mobiel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adres/woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uw apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gegevens van uw evt. partner en kind(eren) die zich ook willen inschrijven (ZELFDE ADRES!)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam/voorletter** | **M/V** | **Geb.datum** | **BSN** | **Zorgverzekeraar** | **Polisnummer** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

U dient een kopie van uw identiteitsbewijs EN een kopie van de zorgpassen van alle gezinsleden die zich willen inschrijven mee te nemen als u dit formulier komt inleveren in de praktijk.

U draagt er zelf zorg voor dat u zich uitschrijft bij uw vorige huisarts EN deze verzoekt uw medisch dossier op te sturen naar onze praktijk.

**LET OP: U bent pas bij ons ingeschreven wanneer uw medisch dossier door ons is ontvangen.**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medisch intakeformulier**

**Gewicht: . . . . . . KG Lengte: . . . . . Cm Beroep: . . . . . . . . . . . . .**

Lijdt u of heeft u geleden aan een van onderstaande aandoeningen ? Zo ja, sinds wanneer?

|  |  |
| --- | --- |
| * Suikerziekte (DM) * Astma * COPD * Hoge bloeddruk * Schildklierziekten * Epilepsie | * Hart- en vaatziekten, …………………………..….. * Een vorm van kanker, ……….…………………..… * Lever-maag of darmziekten, …………….……… * Depressie of een andere psychische ziekte * Operatie,………………………………………………….. * Andere ziekte? |
| Komen bovenstaande ziektes in uw familie voor? ............................bij wie.....................  ............................bij wie..................... | |

|  |  |
| --- | --- |
| Gebruikt u medicijnen?   * Ja   1.………………………………………………………..  2.……………………………………………………….. | * Nee   3.………………………………………………………..  4.……………………………………………………….. |

Bent u allergisch voor geneesmiddelen?

* Nee
* Ja, namelijk…………………………………………..……………………………………………………………..

Eventuele andere belangrijke allergieën…………..……………………………………………………………..

Bent u **op dit moment** onder behandeling van een specialist, en zo ja waarvoor?

|  |  |
| --- | --- |
| * Nee | * Ja, specialisme(n)…………………………………………………………………. |

Doet u mee met het Griep Vaccinatie Programma?

|  |  |
| --- | --- |
| * Nee | * Ja, toelichting:……………………………………………………….……………… |

Rookt u?

|  |  |
| --- | --- |
| * Nee, ik heb nooit gerookt * Ja,……sigaretten per dag | * Niet meer, gestopt sinds…………….jaar |

**Ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door artsen in de nacht- en weekenddienst, de apotheek en het ziekenhuis. (zie LSP)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Ja, ik geef toestemming** | * **nee** |

Aanvullende belangrijke informatie:

…................................................ Datum ………..... / ……..….. / ……..…..

Handtekening (bij een minderjarige tekent de wettelijke vertegenwoordiger)