

## REGISTRATIE FORMULIER

Voornaam	
Voorletters	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Adres en huisnummer	
Postcode	
Telefoon thuis	
Mobiel	
Telefoon werk	
Email adres	
Beroep	
Burgerlijke staat	
Aantal kinderen	
Religie	
Verzekeringsmaatschappij	
Klantnummer	
<b>BSN</b>	
Naam en adres vorige huisarts	
Apotheek	

Verklaart dat:

- Dat hij/zij patiënt wordt bij dr. ....
- Dat hij/zij de praktijk meteen informeert bij wijziging van adres, telefoon nummer of verzekeringsmaatschappij.
- Dat hij/zij de praktijk laat weten als hij/zij een nieuwe huisarts heeft of verhuist naar het buitenland.

Datum:

Handtekening:

## **GEZONDHEID EN AANDOENINGEN**

Heeft u ooit geleden aan één van onderstaande aandoeningen? Zo ja,, noteer dan datum en diagnose.

- Diabetes
- Long aandoeningen
- Hoge bloeddruk
- Hart aandoeningen
- Depressies
- Lever of ingewanden aandoeningen
- Eetstoornis
- Herhaaldelijke pijn in ledematen
- Veneuze aandoeningen
- Schildklier aandoeningen
- Geen van bovenstaande

Bent u recentelijk behandeld door een specialist? Zo ja, noteer dan alstublieft de datum en diagnose:

- Nee
- Ja:                   a) .....
- b) .....

Gebruikt u momenteel medicatie:

- Nee
- Ja: .....
- .....

Bent u allergisch voor:

- Diverse soorten medicijnen:.....
- Bepaalde voedingsmiddelen:.....
- Andere zaken: .....
- Niet allergisch

Heeft u afgelopen jaar een griepvaccinatie gekregen:

- Ja, omdat: .....
- Nee

Heeft u ooit een ongeluk gehad of operatie ondergaan, zo ja, wilt u dan hieronder beschrijven wat en wanneer:

- Ja:.....
- .....
- Nee

Rookt u?

- Ja, ..... sigaretten per dag gedurende ... jaar
- Nee

Drinkt u alcohol?

- Ja, ongeveer ... drankjes per dag
- Nee

Aandoeningen bekend in de familie, zo ja, welke familieleden (alleen in eerste en tweede graad):

- Diabetes
- Hoge bloeddruk
- Hart aandoeningen < 60 jaar
- Kanker < 50 jaar
- Andere aandoeningen
- Geen van bovenstaande aandoeningen

Andere informatie die belangrijk kan zijn voor de dokter: