**Persoonlijk**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Tussenvoegsels: |  |
| Voorletters: |  | Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: |  Man  |  Vrouw |
| Burgerlijke staat:  |  |
| Thuisnummer: |  |
| Mobielnummer:  |  |
| Email: |  |
| BSN-Nummer: |  |
| Verzekeraar: |  |
| Uzovi code**(4 cijfers)** |  | Klantnummer: |  |

**Huisadres**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Postcode: |  | Woonplaats: |  |
| Huisnummer: |  | Toevoeging: |  |
| Straat: |  |

**Aanvullend**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum Inschrijving: |   |
| Apotheek |  Apotheek Grave |  Apotheek Malden |  Apotheek Wijchen Zuiderpoort  |
|  |  Anders, namelijk:  |
| Toestemmingwww.ikgeeftoestemming.nl |  **Ja**, ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners | **Nee,** ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners |

**Vragenlijst**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft (of had) een van uw ouders, broer of zus een van volgende ziekte onder de 65 jaar gekregen? |  Hart-vaatziekte Herseninfarct |
| Kwam u bij uw vorige huisarts in aanmerking voor de griepvaccinatie en zo ja, heeft u deze gehaald? |  |
| Komen er andere ziektes, zoals kanker of diabetes, in uw familie voor? Zo ja, bij wie? |  |
| Heeft u last (gehad) van een van de volgende ziekte |  Hartziekten Longziekten Hoge bloeddruk Nierziekten Diabetes |
| Heeft een allergie? Zo ja, waarvoor? |  |
| Bent u onder controle van een specialist? Zo ja, bij wie en waar? |  |
| Rookt u ? Zo ja, hoeveel per dag? |  |
| Hoeveel glazen alcohol drinkt u per week? |  |
| Voelt u zich gezond ? |  Ja  |  Nee |
| Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt, dat uw huisarts het weet of wat u graag met hem/haar wilt bespreken? |  |
| Indien u kinderen heeft: Zijn er dingen te vermelden over de kinderen die mogelijk van belang zijn? (**svp duidelijk aangeven welk kind het betreft**) |  Medicijnen: |
|  Ziektes:  |
|  Anders: |