**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: | | | |
| Toestemming  www.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: | |