



Aanmeldingsformulier
Huisartsenpraktijk Overasselt
M. Nolet: **010 23 697 (AGB)**
BJA Kuijper: **010 28 333 (AGB)**

Beatrixstraat 6
6611 BT Overasselt
Tel: 024-6221567

Persoonlijk

Achternaam:			
Tussenvoegsels:			
Voorletters:		Roepnaam:	
Geboortedatum:			
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw	
Burgerlijke staat:			
Thuisnummer:			
Mobielnummer:			
Email:			
BSN-Nummer:			
Verzekeraar:			
Uzovi code (4 cijfers)		Klantnummer:	

Huisadres

Postcode:		Woonplaats:	
Huisnummer:		Toevoeging:	
Straat:			

Aanvullend

Datum Inschrijving:		
	<input type="checkbox"/> JA, Ik neem contact op met mijn vorige huisarts en geef hen toestemming om mijn medische dossier met Huisartsenpraktijk Overasselt te delen	Datum: Handtekening:



Aanmeldingsformulier
Huisartsenpraktijk Overasselt
M. Nolet: **010 23 697 (AGB)**
BJA Kuijper: **010 28 333 (AGB)**

Beatrixstraat 6
6611 BT Overasselt
Tel: 024-6221567

Apotheek	<input type="checkbox"/> Apotheek Grave	<input type="checkbox"/> Apotheek Malden	<input type="checkbox"/> Apotheek Wijchen Zuiderpoort
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
Toestemming www.ikgeeftoestemming.nl	<input type="checkbox"/> Ja , ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners	<input type="checkbox"/> Nee , ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behanderlaars/zorgverleners	

Vragenlijst

Heeft (of had) een van uw ouders, broer of zus een van volgende ziekte onder de 65 jaar gekregen?	<input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekte <input type="checkbox"/> Herseninfarct
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	<input type="checkbox"/> Hartziekten <input type="checkbox"/> Longziekten <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Nierziekten <input type="checkbox"/> 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?	
Voelt u zich gezond ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Medicijnen:
	<input type="checkbox"/> Ziektes:
	<input type="checkbox"/> Anders: