**Huisartsen:**Dhr. H.Hutten   
Mw. M. Tillemans   
Mw. J. ten Berge

Datum van inschrijving:

Bent u ooit eerder patiënt in deze praktijk geweest? nee ja  
Woont u samen met een patiënt die al in deze praktijk zit? nee ja, namelijk:

PERSONALIA

Achternaam:         
Voorletter(s):       Voornaam:         
Geslacht: m v  
Geboortedatum:       Geboorteplaats/land:         
Adres:        
Postcode + Plaats :        
Telefoon thuis:       Telefoon werk:        
Mobiel nummer:         
E-mailadres:

Ziektekostenverzekering:       Polisnummer:         
BSN:

Vorige huisarts (naam):       Plaats & telefoon:

*Hierbij geef ik toestemming aan mijn vorige huisarts mij/ons uit te schrijven   
en de medische gegevens op te sturen naar bovenstaand adres.  
  
handtekening:*

WOONSITUATIE

alleenwonend gescheiden weduwe/weduwnaar  
  
samenwonend met:       geboortedatum:        
gehuwd met:       geboortedatum:        
  
HEEFT U KINDEREN?

nee  ja, uitwonend  ja, thuiswonend, aantal:    
   
GEGEVENS THUISWONENDE KINDEREN:   
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:         
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:         
geboortedatum:       voorletter(s) en naam:      

WERK

werk als:        
 werkloos sinds:       mijn werk was:       uitkering:  ja  nee  
 arbeidsongeschikt sinds:       mijn werk was:       oorzaak:        
 studie:

GEZONDHEID EN ZIEKTEN:

Heeft u klachten (gehad) van:   
 diabetes mellitus (suiker ziekte)  
 astma, chronische bronchitis of andere longziekte  
 hoge bloeddruk  
 hart- of vaatziekten  
 overspannenheid/ depressie of angsten  
 eetstoornis  
 lever- of darmziekten  
 schildklierziekten  
 geslachtziekten   
 Aanhoudende gewrichtsklachten  
 andere ziekten, namelijk:

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?   
 nee  ja, specialisme:       ziekte:

Gebruikt u geneesmiddelen?   
 nee  ja, namelijk:

Bent u overgevoelig (allergisch) voor: geneesmiddelen/ bepaald eten/ iets anders?  
 nee  ja, voor

Heeft u in het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad?  
  nee  ja

Heeft u wel eens een ongeluk gehad of een operatie ondergaan?   
 nee  
 ja, namelijk:  ongeluk:        
  operatie(s):         
  ziekenhuisopname:

Rookt u?   
 Nee, evt. gestopt sinds:        ja, aantal sigaretten per dag:

Gebruikt u drugs?   
 nee  ja, namelijk:

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?   
  nee  ja

Heersen er ziekten in uw familie?   
 nee   
 ja: bij wie en op welke leeftijd:

diabetes mellitus (suikerziekte)        
  hoge bloeddruk        
  hart- en vaatziekten        
  beroerte of hersenbloeding        
  astma/CARA        
  nierziekten        
  psychische ziekten        
  kanker         
 type kanker:

EXTRA  
Als u nog opmerkingen of aanvullingen heeft, dan kunt u dat hieronder aangeven.