|  |  |
| --- | --- |
| **Inschrijfformulier****Huisartsen Heikens & Broeder** 3434 EW NieuwegeinTel 030-6061160 [www.zorgpleinzuid/heikensbroeder](http://www.zorgpleinzuid/heikensbroeder)info.heikensbroeder@zorgpleinzuid.nl |  |
|  |
| **Voorletters:***Initials* |  | **Achternaam:***Surname* |  |
| **Roepnaam:***First name* |  | **Geboortedatum:***Date of birth* |  |
| **Adres:***Street address* |  | **Geslacht:***Sex* | Man*Male* | *□* | Vrouw*Female* | *□* |
| **Postcode:***Postal code* |  | **Woonplaats:***Place of residence* |  |
| **Telefoonnummer:***Home phone* |  | **E-mailadres:***E-mail address* |  |
| **Mobiel nummer:***Mobile phone* |  | **Burgerlijke staat:***Marital status* | Gehuwd *Married*  | *□* | Alleenstaand *Single*  | *□* |
| **Geboorteplaats:***Place of birth* |  | Samenwonend *Partnership* | *□* | Gescheiden D*ivorced*  | *□* |
| **BSN:***Social Security Nr.* |  | Weduwe*Widow* | *□* | Weduwnaar*Widower* | *□* |
| **Apotheek:**Pharmacy |  |  |  |  |  |  |
| **Zorgverzekeraar:***Health insurer* |  | **Polisnummer:***Insurance number* |  |
| **Vorige huisarts:***Previous GP* |  | **Adres:***Street address* |  |
|  |
| Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners? | Ja | *□* | Nee | *□* |
| Wilt u via de app in uw dossier en medicatie kunnen bestellen? | Ja | *□* | Nee | *□* |
|  Akkoord opvragen medische dossier oude huisarts?  | Ja | *□* | Nee | *□* |
| **Medische voorgeschiedenis**/ *Medical history* |
| **Bent u bekend met een chronische aandoening? Zo ja, welke**?*Are you diagnosed with any chronic illnesses? If yes, which one(s)?* |  |
| **Heeft u ooit een operatie ondergaan? Zo ja, welke?***Have you ever had surgery? If yes, which one(s)?* |  |
| **Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?***Do you use any medication? If yes, which one(s)?* |  |
| **Heeft u ooit een griepvaccinatie gehad?** *Have you ever received an anti flu vaccine?* | Ja*Yes* | *□* | Nee*No* | *□* |  |
|  |
| **Datum:***Date* |  | **Hantekening:***Signature* |  |

