

Medisch Centrum de Pionier
Hugo de Vriesstraat 17
2152 CT Nieuw Vennepe
Tel: 0252-245500

- B. Berndsen / D.Hertog
- C.T. de Ruijter
- F. Slabbekoorn

In te vullen door de assistente:
Formulier volledig: ja/nee
ID check/BSN: ja/nee
Oude huisarts inlichten: ja/nee
Op-tin: ja/nee
ION: ja/nee
COV check: ja/nee
MGN mail: ja/nee

Inschrijfformulier

(persoonlijk in te leveren met geldig legitimatiebewijs)

***doorhalen wat niet van toepassing is**

Persoonsgegevens

Naam / Meisjesnaam	/	M/V*
Voorletter(s) / Voornaam	/	
Geboortedatum		
Straatnaam / Huisnummer	/	
Postcode / Woonplaats	/	
Telefoonnummer (s)	/	
Beroep		
Woonsituatie	Alleen / Samen / Gehuwd / Gezin / één ouder gezin / overig*	
Indien gescheiden en kinderen	Gedeelde Voogdij? Ja / Nee * → Bij nee graag kopie bijvoegen van de rechtelijke uitspraak	
E-mailadres (voor evt. gebruik in de toekomst)		

Naam zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	
BSN nummer	

Gegevens vorige huisarts

Naam	
Woonplaats	
Faxnummer	

Medische gegevens

	Heeft u één van de volgende ziekten of heeft u die gehad? Zo ja, in welk jaar?	Komt één van deze ziekten bij uw vader, moeder, broer of zus voor?
Verhoogde bloeddruk		
Hart- of vaatziekten		
Longziekten		
Nierziekten		
Maag- of darmziekten		
Suikerziekte		
Regelmatig blaasontstekingen		
Kanker		
Psychiatrische ziekten		

Bent u overgevoelig voor medicijnen?	Ja / Nee*	Zo ja, waarvoor?
Bent u overgevoelig voor jodium?	Ja / Nee*	
Bent u overgevoelig voor voedingsstoffen of andere stoffen?	Ja / Nee*	

Bent u ooit geopereerd of heeft u wel eens in het ziekenhuis gelegen? Zo ja, wanneer en waarvoor?

Bent u momenteel in behandeling bij een specialist? Zo ja, bij wie en waarvoor?

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Krijgt u ieder jaar een grieprik op medische indicatie?

Ja / Nee*

Rookt u? (Zo ja, wat rookt u en hoeveel per dag?)

Ja/ Nee* _____

Drinkt u alcohol? (Zo ja, wat drinkt u en hoeveel glazen per dag?)

Ja/ Nee* _____

Gebruikt u wel een drugs? (Zo ja, wat gebruikt u en hoe vaak?)

Ja/ Nee* _____

Is er nog iets waarvan u het belangrijk vindt dat wij het weten?

Voor vrouwen

Heeft u een spiraaltje?

Ja/ Nee*

Zo ja, sinds? _____

Bent u op dit moment zwanger?

Ja/Nee*

Zo ja, eerste dag laatste menstruatie was op _____

Datum:

Handtekening:

In te vullen door de assistente:

Inleverdatum:	
Toegewezen huisarts:	Apotheek:
Familie hier al patiënt? Ja / Nee, Zo ja, bij wie?	
Waarmee gelegitimeerd?	