



## Inschrijfformulier nieuwe patiënten gezondheidscentra Haveneiland, Steigereiland en locatie Synergia

### Persoonsgegevens

Naam..... Voorletters:..... M / V  
Adres:..... Huisnr:.....  
Postcode:..... Woonplaats: .....

Telefoon:..... Mobiel:.....  
Geboortedatum:.....  
Geboorteplaats(evt. land).....  
Zorgverzekeraar:..... Nummer:.....  
Sofi/BSN:.....  
Voorkeur apotheek:.....  
Vorige huisarts:.....

### Gezinsverband

Bent u: alleenstaand, samenwonend, gehuwd, gescheiden, weduwe/weduwnaar  
(Doorstrepen wat niet van toepassing is.)

Heeft u kinderen?

- Nee
- Ja, ik heb.....thuiswonende kinderen
- Ja, ik heb..... uitwonende kinderen

**Beroep:**.....

- Ik heb werk
- Ik ben werkeloos,sinds.....
- Ik ben arbeidsongeschikt,sinds.....
- Ik ben gepensioneerd,sinds.....

### Gezondheid en ziekten

Bent u onder behandeling van een huisarts of specialist?

- Nee
- Ja, bij.....sinds.....

Bent u onder behandeling van een specialist geweest?

- Nee
- Ja, namelijk..... .in.....

Bent u in het verleden geopereerd?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk..... in.....
- 0 En .....in.....

Heeft uw ooit psychische klachten gehad?

- 0 Nee
- 0 Ja, in .....
- 0 Ja, ik ben onder behandeling bij ..... sinds.....

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk.....

Gebruikt u medicijnen?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk.....

Bent uw allergisch (ook voor medicijnen)?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk voor.....

**Algemeen:**

Rookt u?

- 0 Nee, nooit / gestopt in....., na..... jaren..... sigaretten/sigaren/pijp/dag
- 0 Ja, namelijk.....sigaretten/sigaren/pijpen per dag, sinds.....jaar

Gebruikt u alcohol?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk.....glazen per dag / week

Gebruikt u (soft)drugs?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk.....sinds.....

Wat is uw gewicht? .....kg  
Wat is uw lengte? .....cm

Doet u aan sport?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk....., ..... keer / week

**Familie**

Komen in uw familie de volgende ziekten voor? Zo ja, bij wie?

0 Suikerziekte Ja / Nee

0 Hoge bloeddruk Ja / Nee

0 Hart- of vaatziekte voor het 60<sup>e</sup> jaar Ja / Nee

0 Asthma / COPD Ja / Nee

0 Kanker Ja / Nee

0 Trombose Ja / Nee

0 Psychische ziekten Ja / Nee

0 Epilepsie Ja / Nee

Voor vrouwen:

Gebruikt u de pil, of heeft u een spiraal?

0 Nee

0 Ja, namelijk ..... sinds .....jaar

Is er ooit een röntgenfoto van de borsten (mammografie) gemaakt?

0 Nee

0 Ja, in ..... waren er afwijkingen?.....

Amsterdam, .....

Handtekening: