



Achternaam:		Burgerservicenummer (BSN):				
Voornaam:		Voorletters:		Geslacht:	M	V
Verzekeringsmaatschappij:		Nummer:				
Straat:		Huisnummer:				
Postcode:		Woonplaats:				
Telefoonnummer:		Mobile nummer:				
Emailadres:		Geboortedatum:				

Toestemming LSP (Landelijk Schakelpunt)?	Ja	Nee
--	----	-----

Vorige huisarts:		Plaats:				
Apotheek:						
Burgerlijke staat:	Alleenwonend	Samenwonend	Gehuwd	Gescheiden	Weduwe of weduwnaar	
Kinderen:	Ja	Nee	Aantal thuiswonend:		Aantal uitwonend:	
Dagbesteding?						
Soort werk, opleiding?						
Geboorteland:		Talen:				

Sport?	Ja	Nee	Welke?	
Roken?	Ja	Nee	Hoeveel per dag?	
Alcoholgebruik?	Ja	Nee	Hoeveel glazen per week?	
Drugs gebruik?	Ja	Nee	Welke, hoe vaak?	

Allergie:	Ja	Nee	voor:	
Medicatiegebruik:				
Bent u of was u onder behandeling van een medisch specialist?	Ja	Nee	voor:	
Heeft u had u andere ziekten of aandoeningen?	Ja	Nee	voor:	

Welke ziekten komen of kwamen er in de familie voor en bij wie?	Suikerziekte type 2:	Ja	Nee		bij:
	Hart- en vaatziekten:	Ja	Nee	welke:	bij:
	Kanker:	Ja	Nee	welke:	bij:
	Overige:	Ja	Nee	welke:	bij:

Handtekening:

Datum: