



RF-01 Registration /Inscription:

Client :	Date:
Intake interview: Semaine 30-32	Infirmière: Petra Blom
Assurance : Natura/ Restitution	intake interview :

Données à titre personnel

Votre prénom:	Nom de votre partenaire:
Initiales:	Initiales:
Nom de famille maternel:	Nom de famille:
Nom de famille (époux):	Etat civil: non-marié/ Registré comme cohabitants/ Marié
Nationalité:	
Langue parlée : français/ anglais/ néerlandais.	
Adresse:	
Code postal:	
Ville:	
Numéro de téléphone:	
Numéro de téléphone Mobile:	Mobile phone:
Date de naissance:	
ID Document nr. :	
BSN (social security nr.):	
E-mail:	Permission pour questionnaire digital : <i>Oui/ Non</i>
Comment vous avez trouvé Kraamzorg Plus Den Haag:	
Avez-vous jamais eu Kraamzorg ?	



**Grossesse & Accouchement:**

Date prévue :	date
Accouchement: <i>à la maison/ à l'Hôpital</i>	Où?
Médecin général (huisarts):	
Cabinet des sages femmes:	
Gynécologue:	
Assurance Médicale:	Votre numéro de registration:
Avez vous une assurance médicale complémentaire pour lactatiekundige/ couveuze zorg etc.	

**Famille avec enfants :**

prénom	Fille ou Garçon:	Date de naissance:	Grossesse La durée, en semaines et jours: (pex 40;5)

Des remarques spécifiques à propos des enfants/de votre famille:
--

Nourriture de bébé: options: l'allaitement maternel/ formule pour bébé en bouteille/ ne pas encore décidée	Religion:
Avez-vous des prescriptions de nourriture?	Animaux domestiques;
Allergies/ intolérances:	Fumeurs/ Non-fumeurs
J'accepte les conditions suivantes (PDF sur le site NL) Algemene voorwaarden BO Kraamzorg 2018   yes/no Online Privacy reglement                           yes/no Aanvullende voorwaarden KZPDH               yes/no	Signature: