

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Voor ieder gezinslid een apart formulier invullen

Persoonsgegevens	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
Geboorteplaats:	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	
Per wanneer inschrijven:	

Adresgegevens	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel:	
E-mail:	
Overige leden gezin op dit adres?	Zo ja: naam + geboortedatum:

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Verzekering begindatum:	
BurgerServiceNummer:	

Gegevens vorige huisarts (vorig woonadres)	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

Gegevens vorige apotheek (vorig woonadres)	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

Medische gegevens	
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose). Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?	
Geneesmiddel en /of hulpstof:	Bijwerking:

Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?
(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, op tijd innemen?

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?

- Ja
 Nee

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?

	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hart/vaatziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Andere ziekten:	Bij u:	In uw familie:

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke
---	---	--------------

Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, welk specialisme / welk ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Bent u wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, waaraan en wanneer?		

Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, wanneer,		
Zijn er blijvende gevolgen?		

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts op de hoogte moet zijn. Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:	
---	--

Leefstijl		
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo nee, eerder gerookt: Wanneer gestopt: Aantal jaren gerookt:
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke

Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.	
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij <input type="checkbox"/> Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij <input type="checkbox"/> Ja, altijd geen bezwaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.

Datum

Handtekening.....