Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten

|  |  |
| --- | --- |
| Bij welke arts wilt u worden ingeschreven? |  |
| Heeft u al een praktijkfolder ontvangen? |  |
| Heeft u behoefte aan een kennismakingsgesprek? |  |

Persoonsgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Geslacht |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |

Adresgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoon- en mobiele nummer |  |
| E-mail |  |

Verzekeringsgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Verzekering begindatum |  |
| BurgerServiceNummer |  |

Gegevens vorige huisarts

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |

Medische gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (penicilline, jodium, latex)  Zo ja, wat zijn de bijwerkingen? |  |
| Gebruikt u medicijnen?  Graag de naam vermelden, welke sterkte en hoe vaak per dag u ze gebruikt. |  |
| Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? (pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid) |  |
| Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? B.v. moeilijk doorslikken, oog druppelen, vergeten op tijd in te nemen. |  |
| Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen? |  |
| Lijdt u of heeft u geleden aan één of meerdere chronische ziekte(n). (b.v. diabetes, COPD, astma, hart- vaatziekten, nierziekte, epilepsie, andere ziekten) |  |
| Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor?  Zo ja, welke? |  |
| Krijgt u een griepvaccinatie? |  |
| Bent u onder behandeling van een specialist?  Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis? |  |
| Bent u wel eens geopereerd?  Zo ja, waaraan en wanneer? |  |
| Heeft u ooit een ongeval gehad?  Zo ja, wanneer? Zijn er blijvende gevolgen? |  |
| Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn? |  |

Leefstijl

|  |  |
| --- | --- |
| Rookt u?  Zo ja, hoeveel per dag? |  |
| Gebruikt u alcohol?  Zo ja, hoeveel consumpties per dag/week? |  |
| Gebruikt u drugs?  Zo ja, welke? |  |

Toestemming gegevens uitwisseling

Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.

Gegevens uitwisselen met de huisartsenpost en apotheek O Ja

in geval van nood: O Nee

Gegevens bij andere zorgverleners opvragen: O Ja

O Nee

Overige opmerkingen:

……………………………………………………………………………………………………………………………………............

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Datum: Handtekening:

Dit inschrijfformulier kunt u opsturen of afleveren op het volgende adres:

Huisartsenpraktijk Ootmarsum t.a.v. naam huisarts

Molenstraat 10d

7631 AZ Ootmarsum