 Inschrijfformulier

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij zich bij de vorige huisarts heeft afgemeld

en per …… - …… - …… als patiënt staat ingeschreven bij

Huisartsenpraktijk Nuland / AGB-code praktijk 01052158

Dorpstraat 30, 5391 AW Nuland

Achternaam Voorletters ................... Roepnaam ……………...

Naam partner

Met welke achternaam wilt u aangesproken worden?

* Achternaam partner - eigen achternaam  Eigen achternaam  Anders, nl. .................................

Geboortedatum BSN Geslacht

Straat + huisnr.

Postcode Plaats

Mobiel nr. Vast tel.nr.

E-mailadres

Zorgverzekering Polisnummer

Samenstelling

Huishouden

Contactpersoon Naam

Relatie Tel.nr.

Apotheek Geffen  Anders, nl.



Vorige huisarts Naam

Plaats Tel.nr.

Wenst u een kennismakingsgesprek

met een van onze huisartsen?  Ja  Nee

Plaats …………………………………………… Datum ……………………………………………..

**Handtekening**  **Handtekening ouder(s) / wettelijk vertegenwoordiger(s)**

(vanaf 12 jaar) (bij kinderen tot 16 jaar)

**Dit gedeelte wordt door de assistente ingevuld:**

Paspoort / Rijbewijs / ID- kaart / Vreemdelingendocument Datum gecontroleerd: … - … - …

Documentnummer ..……………………………………... Paraaf assistente: ………………….

Vragenlijst medische gegevens

Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, is dit formulier ontwikkeld waarop u de belangrijkste gegevens over uw gezondheid (of die van uw kind) kunt invullen. Dit formulier wordt in het elektronisch medisch dossier opgeslagen. De ingevulde gegevens op het formulier vallen onder het beroepsgeheim van alle medewerkers van onze praktijk.

**Heeft u:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Suikerziekte (diabetes) | ja / nee | sinds ....... (jaartal) | controles bij: huisartsenpraktijk / specialist |
| Hart- of vaatziekten | ja / nee | sinds ....... (jaartal) | controles bij: huisartsenpraktijk / specialist |
| Hoge bloeddruk | ja / nee | sinds ....... (jaartal) | controles bij: huisartsenpraktijk / specialist |
| Astma | ja / nee | sinds ....... (jaartal) | controles bij: huisartsenpraktijk / specialist |
| COPD | ja / nee | sinds ....... (jaartal) | controles bij: huisartsenpraktijk / specialist |

**Lijdt u op dit moment aan een andere ziekte of aandoening? Zo ja:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vanaf welk jaar | Ziekte / aandoening |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Heeft u in het verleden een belangrijke ziekte of aandoening gehad?** **Zo ja:**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke periode | Ziekte / aandoening |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Eventuele operatie: |  |

**Gebruikt u medicijnen? Zo ja:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicijn | Sterkte *(bijv. 500 mg)* | Dosering *(bijv. 2 x per dag 2 tabletten)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*U mag ook een overzicht van uw apotheek toevoegen.*

Naam Geb.datum

**Heeft u een allergie?** (Zoals voor medicijnen, jodium, pleisters, boompollen, voedsel, dieren)?

|  |  |
| --- | --- |
| Allergisch voor | Uw reactie hierop |
|  |  |

**Rookt u of heeft u gerookt? Zo ja:**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke periode(n) | Gemiddeld aantal sigaretten per dag |
|  |  |

**Gebruikt u alcohol? Zo ja:**

|  |  |
| --- | --- |
| Welk drank(en) | Gemiddeld aantal glazen per dag |
|  |  |

**Gebruikt u soft- en/of harddrugs?**

|  |  |
| --- | --- |
| Welk middel | Hoeveelheid per week |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Familiegezondheid: komen er bepaalde ziekten voor in de familie (bij bloedverwanten)?**

Zoals hart- of vaatziekten onder 60 jaar, suikerziekte (diabetes), kanker (vooral als dezelfde soort kanker vaker in de familie voorkomt en vooral onder de 50 jaar) of andere erfelijke aandoeningen. **Zo ja:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ziekte | Welke bloedverwant | Vaders-/moederskant | Leeftijd begin ziekte |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |