**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?** | * + Ja   + 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: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Hart/vaatziekte: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Nierziekte: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Hoge bloeddruk: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Astma of COPD: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Epilepsie: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Andere ziekten: | Bij u: | In uw familie: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?** | * + Ja   + Nee | Zo ja, welke |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krijgt u een griepvaccinatie**? | * + Ja   + Nee | Zo ja, waarom |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u onder behandeling van een specialist?**  Zo ja, welk specialisme / welk ziekenhuis | * + Ja   + Nee |
| **Bent u wel eens geopereerd?** | * + Ja   + Nee |
| Zo ja, waaraan en wanneer? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heeft u ooit een ongeval gehad?** | * + Ja   + 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?** | * + Ja   + Nee | Zo nee, eerder gerookt:  Wanneer gestopt:  Aantal jaren gerookt: |
| **Gebruikt u alcohol?** | * + Ja   + Nee | Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week? |
| **Gebruikt u drugs?** | * + Ja   + 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: | * + Ja   + Nee |
| Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling: | * + Ja   + Nee |
| Gegevens bij andere zorgverleners opvragen: | * + Nee, nooit   + Nee, tenzij   + Ja, altijd, geen bewaar tegen   uitwisseling   * + Ja, onder voorbehoud |
| Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners: | * + Nee, nooit   + Nee, tenzij   + Ja, altijd geen bezwaar tegen   uitwisseling   * + Ja, onder voorbehoud |

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

**Datum …………………** **Handtekening…………………..**