**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…………………..**