

Huisartsenpraktijk

Adres:

Telefoonnummer:

Inschrijfformulier

Vul dit formulier *svp* zorgvuldig en volledig in. Daarna kunt u het inleveren bij onze praktijk.

(denk ook aan een kopie van een geldig identiteitsbewijs)

Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:		Roepnaam:	
Geboortedatum:		Geslacht:	M / V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?		Ja / Nee Ja / Nee / Niet bekend	
Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)			

Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:		Mobiel nummer:	
Emailadres:			

Verzekering - BSN-nr - identiteits

Naam zorgverzekeraar:		Polisnummer:	
		UZOV nr: (indien bekend)	
Burger Service Nummer:			
Identificatie (kopie bijvoegen)	O Paspoort O identiteitskaart (kruis aan)	Documentnr:	

Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres en plaats:	

Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres en plaats:	

Gegevens nieuwe apotheek

Naam:	
Adres en plaats:	

Toestemming

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.

Datum:

Handtekening(en):

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel/hulpstof/anders	Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

Gebruikt u medicijnen?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

Naam geneesmiddel	Hoeveel mg / ml (sterkte)	Gebruik per dag of per week

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?

Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

--

Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?**Bij u zelf****in uw familie**

Suikerziekte	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Hart/vaatziekten	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
- hoge bloeddruk	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
- hoog cholesterol	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
- beroerte (CVA of TIA)	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
- hartproblemen	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
- vaatproblemen (etalagebenen)	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Nierziekte	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Astma of COPD	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Maag-darmziekte	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Darmkanker	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Borstkanker	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Andere vorm van kanker	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja
Epilepsie	☐ nee ☐ ja	☐ nee ☐ ja

Andere ziekten die van belang kunnen zijn

.....

.....

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)*Naam erfelijke ziekte/aandoening*

--

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

Standaard kindervaccinaties	ja / nee	Griepvaccinatie	ja / nee
Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B)	ja / nee	Reizigersvaccinaties	ja / nee
Zo ja welke:		Zo ja welke:	

Bent u onder behandeling van een specialist?☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)*Naam van specialist**Naam van ziekenhuis*

Bent u wel eens geopereerd?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waar aan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat voor ongeval? Eventueel blijvende gevolgen?

--

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

Leefstijl**Wat is uw gewicht en lengte:**

..... kg cm

Rookt u?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat rookt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u alcohol?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat drinkt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u drugs?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welke drugs gebruikt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Checks in te vullen door de praktijk	Datum	Paraaf
Identiteitscontrole uitgevoerd adhv geldig identiteitsbewijs: <i>Soort identiteitsbewijs: Paspoort / Rijbewijs / ID-kaart / Verblijfsdocument</i> <i>Documentnummer:</i>		
Dossier ingevoerd in HIS		
Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt		
Medicatie Overzicht (BMG) opgevraagd bij vorige apotheek (niet verplicht = risico inschatting): ja / nee (n.v.t.)		
Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties) ja / nee / n.v.t.		
Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t.		
Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t.		
COV		
ION		
Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		
Bericht aan oude huisarts – dossier goed ontvangen		