

## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Dansen & Kessels

### Persoonsgegevens:

Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Voornaam:	
Geboortedatum:	
Geboorteplaats:	
Geslacht:	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

### Contact gegevens:

Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Mobiel:	
E-mailadres:	

### **Gegevens contactpersoon indien van toepassing**

Naam:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

### **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Begindatum verzekering:	
Burger service nummer:	

### **Gegevens vorige huisarts:**

Naam huisarts:	
Adres en huisnummer:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	

### **Gegevens vorige apotheek:**

Naam apotheek:	
Adres en huisnummer:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	

**Medische gegevens:**

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

Denk hierbij aan bijvoorbeeld: penicilline, lactose, enz.

Zo ja: voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen? Wat zijn de bijwerkingen?

Geneesmiddel/hulpstof	bijwerking

**Gebruikt u medicijnen?**

Zo ja:

Naam medicijn?	Hoeveel mg?	Gebruik per dag?

**Gebruikt u zelfzorgmiddelen, alternatieve middelen, voedingssupplementen?**

zo ja:

naam?	Hoeveel mg?	Gebruik per dag?

### Heeft u problemen met het gebruik van geneesmiddelen?

Bijvoorbeeld, moeilijk kunnen slikken, openen van verpakkingen, oog druppelen, puiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Zo ja:

Welk geneesmiddel?	Probleem?

### Chronische ziekte en erfelijkheid

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor? Graag aanvinken wat van toepassing is

	Bij u:	in uw familie?
Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart/ vaatziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma of COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere ziekte: svp hieronder invullen		

Bij u:	in uw familie?

Komen er in uw familie erfelijke ziekte/aandoeningen voor?

Zo ja, welke?:

--

### Overige medische informatie

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja:  Nee:

Zo ja: waarom?

--

### Bent u onder behandeling van een specialist?

Zo ja: bij welke specialist en in welk ziekenhuis?

Welke specialist?

Welk ziekenhuis?

Welke specialist?	Welk ziekenhuis?

### Heeft u ooit een ongeluk gehad?

Zo ja: wanneer en heeft u er blijvende gevolgen aan overgehouden?

--

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

--

## Leefstijl

Rookt u? ja:  nee:

Zo ja: hoeveel sigaren/sigaretten per dag? ..... stuks

Gebruikt u alcohol? Ja:  nee:

Zo ja: hoeveel consumpties per dag/week? ..... stuks per dag / ..... stuks per week

Gebruikt u drugs? Ja:  nee:

Zo ja, welke? .....

## Akkoord

**Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.**

Medische gegevens bij vorige apotheek

opvragen: ja:  nee:

Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis

In het kader van behandeling: ja:  nee:

Gegevens bij andere zorgverleners

Opvragen: ja:  nee:

Gegevens beschikbaar stellen aan

Zorgverleners: ja:  nee:

Toevoegingen:

--