

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk van Eerd

Achternaam :
Voorletters : M / V Roepnaam
Geboortedatum :
Straat en huisnr. :
Postcode en plaats :
Telefoonnummer : Mobiel nr:
E-mailadres :
BSN-nummer :
Verzekeraar : Polisnummer:
Vorige huisarts : In woonplaats:
Vorige apotheek : Nieuwe apotheek:
Hoe heeft u onze praktijk gevonden?
Wat is de reden dat u een nieuwe huisarts zoekt:
.....

Indien meerdere gezinsleden zich willen inschrijven, graag onderstaande gegevens invullen voor ieder gezinslid:

Naam	M / V	Geboortedatum	BSN-nummer	Verzekeraar	Polisnummer	Paraaf *
.....						
.....						
.....						
.....						

* niet nodig voor kinderen onder 16 jaar

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in de praktijk op naam te zijn ingeschreven, met zijn/haar (indien van toepassing) gezinsleden:

Datum Handtekening:

Toestemming voor uitwisselen patiëntgegevens, zoals toegelicht in de folder “Beter geholpen met goede informatie”.
(graag keuze aanvinken:)

- ☐ Ja, ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens (en van eventuele gezinsleden) beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners
- ☐ Nee, ik ga er niet mee accoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens (en van eventuele gezinsleden) beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/verzorgers

Medische vragenlijst Huisartsenpraktijk van Eerd

Naam Geboortedatum:

Lijdt u of heeft u geleden aan een van onderstaande aandoeningen? Zo ja, sinds wanneer?

- ☐ Suikerziekte
- ☐ Longziekten
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Hart- en vaatziekten
- ☐ Depressie of angsten
- ☐ Lever- of darmziekten
- ☐ Eetstoornis
- ☐ Aanhoudende gewrichtsklachten
- ☐ Geslachtsziekten
- ☐ Schildklierziekten

Evt. toelichting:

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist, en zo ja waarvoor:

- ☐ Nee
- ☐ Ja, specialisme(n):
a)
b)

Gebruikt u medicijnen:

- ☐ Nee
- ☐ Ja, graag hierbeneden invullen

Naam medicijn	Sterkte	Aantal per dag	Evt extra informatie
.....			
.....			
.....			
.....			

Indien dit voor u lastig is om in te vullen, verzoeken wij u uw medisch paspoort aan te vragen bij uw (oude) apotheek. Zodra wij dit van u ontvangen kunnen wij deze gegevens juist verwerken.

Bent u allergisch voor:

- ☐ Geneesmiddelen, zo ja welke:.....
- ☐ Voedingsmiddelen, zo ja welke:.....
- ☐ Andere stoffen, zo ja welke:

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad:

- ☐ Ja, reden waarom:
- ☐ Nee

Heeft u wel eens een ongeluk/operatie/ingreep gehad/ondergaan:

- ☐ Ja, toelichting:.....
- ☐ Nee

Rookt u:

- ☐ Ja, sigaretten per dag
- ☐ Niet meer, gestopt sinds.....; daarvoor heb iksigaretten/dag gerookt gedurende..... jaar
- ☐ Nee, ik heb nooit gerookt

Drinkt u alcohol:

- ☐ Ja, glazen per dag
- ☐ Nee

Ziekten in de familie, zo ja bij wie (alleen eerste en tweede graad):

- ☐ Suikerziekte
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Hart-en vaatziekten < 60 jr
- ☐ Kanker
- ☐ Andere aandoeningen:

Eventuele aanvullende informatie die belangrijk kan zijn voor de huisarts:

.....

.....