

Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Braak

Om u in te schrijven in onze praktijk hebben wij naast een aantal persoonsgegevens, informatie nodig met betrekking tot uw medische voorgeschiedenis. Als huisarts vinden wij het namelijk belangrijk een goed inzicht te hebben in de gezondheid van onze nieuwe patiënten. Het medisch dossier is daarvoor een belangrijke bron van gegevens, maar soms nog in het bezit van uw vorige huisarts of het is te veel om snel door te nemen.

Het invullen van onderstaand formulier kan ons dan goed helpen u beter te leren kennen.

U kunt het **ingevulde formulier** afgeven bij de praktijkassistente. Om u in te kunnen schrijven moeten wij ook uw ID en verzekeringspas checken: neem deze mee naar de praktijk.

Neem ook contact op met uw vorige huisarts om te laten weten dat u zich bij ons heeft ingeschreven.

Met het tekenen van dit formulier geeft u ons ook toestemming om uw dossier op te vragen bij uw vorige huisarts.

Persoonsgegevens					
Achternaam				Voorletters	
Meisjesnaam				Roepnaam	
Geboortedatum	dag	mond	jaar	Geslacht	M / V
Beroep				Burgerlijke staat	
Adresgegevens					
Straatnaam				Huisnummer	
Woonplaats				Postcode	
Telefoonnr.				Mobiel	
@-mail					
Verzekeringsgegevens en BSN-nummer					
Naam zorgverzekeraar				Verzekering begindatum	
Polisnummer					
BurgerServiceNummer					

Gegevens vorige huisarts (evt. huisarts op uw andere woonadres)			Voor toestemming: zie laatste pagina		
Naam			Telefoonnr.		
Adres/Plaats			@-mail		

Gegevens vorige apotheek (evt. apotheek op uw andere woonadres)			Voor toestemming: zie laatste pagina		
Naam			Telefoonnr.		
Adres / Plaats			@-mail		

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose, latex).

Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?

Geneesmiddel en /of hulpstof:

Bijwerking:

Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, dan invullen. U kunt ook een recent medicijnoverzicht van de apotheek toevoegen	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	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 zoals pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid

- Nee
 Ja, wat dan?

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel ? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen ? (bijv. weekdoos, baxterzakjes)

- Nee
 Ja, wat dan?

Komen de volgende ziekten bij uzelf of in uw familie (bij personen jonger dan 60 jaar) voor ?		
	Bij u zelf:	In uw familie: (bij wie?)
Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<i>Hart/vaatziekten:</i>	<i><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</i>	<i><input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja</i>
- Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Beroerte (CVA of TIA)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Hartproblemen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
- Vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Nierziekte	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Astma of COPD	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Maag- darmziekte	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Darmkanker	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Borstkanker	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Andere vorm van kanker	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Andere ziekten die van belang kunnen zijn	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Komen er in uw familie erfelijke ziekten / aandoeningen voor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke
Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, waarom
Bent u onder behandeling van een specialist ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis
Bent u wel eens geopereerd ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo, ja, waaraan en wanneer?
Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo, ja, wanneer en wat precies?
Zijn er blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	

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

Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

Leefstijl		
Rookt u ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?
Gebruikt u alcohol ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
Gebruikt u drugs ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Zo ja, welke?

Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens van en 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:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud (graag toelichting) <input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners: (denk aan huisartsenpost, ziekenhuis, andere apotheek)	<input type="checkbox"/> Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud (graag toelichting) <input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij

NB. Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven. Voor kinderen vanaf 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd en het kind zelf toestemming moet geven of intrekken.

Kijkt u eventueel voor nadere informatie op www.ikgeeftoestemming.nl

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

Datum

Handtekening.....

IN TE VULLEN DOOR DE PRAKTIJK			
IDENTIFICATIE	PASPOORT	RIJBEWIJS	ID-KAART