

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK VAN DER GAAG



Datum:

Administratieve gegevens

Voor- en achternaam: Voorletters:.....M/V

Geboortedatum:Geboorteplaats/land:.....

Adres:Postcode:.....

Telefoon thuis:Werk/Mobiel:.....

Verzekeraar:Verzekeringsnummer:

Burger Service Nummer/Sofinummer:

Emailadres:

Om uw gegevens te controleren verzoeken wij uw ID- en uw verzekeringsbewijs;

0 of aan de balie te tonen (Check door assistente ☐)

0 of, indien u het formulier (digitaal) verstuurd, een kopie van beide mee te sturen

Zorgverleners maken gebruik van een regionaal netwerk om elektronisch medische gegevens te delen met andere zorgverleners in hun regio: de zorginfrastructuur van het LSP. Via dit netwerk kunnen zij, met uw toestemming, de belangrijkste gegevens uit uw huisartsdossier opvragen én een overzicht van de medicijnen die u gebruikt. Zo hebben zij alle belangrijke informatie over uw gezondheid op elk moment snel bij de hand. Ook 's avonds, in het weekend en in spoedsituaties. Informatie hierover kunt u vinden op www.VZVZ.nl of in de informatiefolder die op de praktijk beschikbaar is. Gaat u hiermee akkoord?

0 Nee

0 Ja

Handtekening:.....

Apotheek:

Vorige huisarts: te.....

(Vergeet niet uw medische gegevens bij de vorige huisarts op te vragen)

Reden van inschrijving:

Eventueel contactpersoon in geval van nood:

.....

Gezins- /Woonverband

0 alleenwonend

0 samenwonend

0 gehuwd

0 gescheiden

0 weduwe/weduwnaar

met:.....

met:.....

sinds:

sinds:

Heeft u kinderen?

- ☐ Nee
☐ Ja, thuiswonend, aantal:
☐ Ja, uitwonend, aantal:

Werk:

- ☐ Beroep:
☐ Opleiding:
☐ Anders:

Heeft u een bepaalde geloofsovertuiging?

- ☐ Nee
☐ Ja, namelijk
Zijn er vanuit uw geloofsovertuiging zaken waar wij medisch gezien rekening mee moeten houden?
☐ Nee
☐ Ja, namelijk:

Om uw medisch dossier goed in te kunnen richten willen we u een aantal dingen vragen, die betrekking hebben op uw medische voorgeschiedenis:

Gezondheid en ziekten

Heeft u klachten (gehad) van:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ suikerziekte | ☐ depressie en/of angsten | ☐ schildklierziekten |
| ☐ longziekten | ☐ eetstoornissen | ☐ huidaandoeningen |
| ☐ hoge bloeddruk | ☐ lever en/of darmziekten | ☐ nierziekten |
| ☐ hart- en/of vaatziekten | ☐ gewrichtsklachten | ☐ overspannenheid |
| ☐ geslachtsziekten | ☐ immuun stoornissen | |
| ☐ andere ziekten, namelijk: | | |

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- ☐ Nee
☐ Ja, specialisme: Ziekte:

Zijn er belangrijke medische gebeurtenissen in uw voorgeschiedenis geweest, zoals ernstige ziektes en operaties?

- ☐ Nee
☐ Ja, namelijk:
.....
.....

Gebruikt u geneesmiddelen?

- ☐ Nee
☐ Ja, namelijk:
.....
..... (medicijnoverzicht bijvoegen)

Bent u overgevoelig (allergisch)?

- ☐ Nee
☐ Ja voor:
☐ Geneesmiddelen, namelijk:
☐ Jodium/pleister/lidocaïne (verdovingsmiddel):
☐ Bepaald eten of drinken, namelijk:
☐ Andere stoffen, namelijk:

Donor codicil

Heeft u een donorcodicil?

- ☐ nee
☐ ja

Ziekten in de familie

Welke ziekten komen er bij uw ouders, broers of zussen voor?

☐ suikerziekte	bij wie:
☐ hoge bloeddruk	bij wie:
☐ hoog cholesterol	bij wie:
☐ hart en vaatziekte onder de 65 jaar	bij wie:
☐ beroerte of hersenbloeding onder de 65 jaar	bij wie:
☐ longziekte (astma of COPD)	bij wie:
☐ nierziekte	bij wie:
☐ psychische ziekte	bij wie: Aard van de ziekte:
☐ kanker	bij wie: Soort kanker:
☐ andere ziekte	bij wie: Welke aandoening:

Rookt u?

☐ Nooit gedaan.
☐ Gestopt na jaren gemiddeld sigaretten/sigaren per dag gerookt te hebben.
☐ Ja. Gemiddeld aantal sigaretten per dag: gedurende ongeveer jaar

Gebruikt u regelmatig alcohol?

☐ Nee
☐ Ja. Gemiddeld aantal eenheden per dag:

Bent u ooit slachtoffer geweest van:

☐ Lichamelijk geweld
☐ Geestelijk geweld
☐ Seksueel geweld
☐ Geen van bovenstaande

Gebruikt u drugs?

☐ nee
☐ ja, namelijk:

Voor vrouwen:

Is er ooit een mammografie (röntgenfoto van de borsten) gemaakt?

☐ Nee
☐ Ja, datum
Uitslag.....

Is er ooit een uitstrijkje gemaakt?

☐ Nee
☐ Ja, datum
Uitslag.....

Gebruikt u anticonceptie door de huisarts voorgeschreven?

☐ Nee
☐ Ja,
☐ Orale anticonceptie, namelijk
☐ Prikpil, laatste keer gekregen op
☐ Spiraal, Mirena/koper (doorhalen wat niet van toepassing is)
geplaatst op

Is er misschien nog andere informatie over u die voor ons van belang is om te weten of die u belangrijk vindt om te vertellen? (ruimte voor evt. verdere toelichting op de achterzijde)

.....
.....
.....
.....
.....