**Afbeelding met tekst, visitekaartje, vectorafbeeldingen

Automatisch gegenereerde beschrijvingInschrijfformulier**

**Huisartsenpraktijk Afferden**

(Graag voor iedere patiënt een apart formulier invullen & inleveren)

**Persoonsgegevens**

Achternaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*man / vrouw*

Meisjesnaam (indien van toepassing): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roepnaam en voorletters:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat + huisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorige huisarts**

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u in het verleden patiënt geweest in onze praktijk: ( ) Ja ( ) Nee

Reden van inschrijving:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medische gegevens**

Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen? Zo ja, welke geneesmiddelen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bij welke apotheek wilt u medicatie ophalen?

( ) Apotheek Niersstad Gennep – Afferden

( ) Anders:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u een van de volgende aandoeningen? Of komt het in uw familie voor?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zelf** | **In uw familie** |
| Astma of COPD | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |
| Diabetes | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |
| Hart- of vaatziekte | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |
| Hoge bloeddruk | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |
| Nierziekte | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |
| Epilepsie | ( ) ja ( ) nee | ( ) ja ( ) nee |

Krijgt u een griepvaccinatie? ( ) ja ( ) nee Waarom?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling van een specialist? ( ) ja ( ) nee

Zo ja, welke specialist/ziekenhuis?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u weleens geopereerd, zo ja waaraan en wanneer?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u ooit een ongeval gehad, zo ja waaraan en wanneer?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Overige medische gegevens waarvan de huisarts op de hoogte moet zijn?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leefstijl**

Rookt u?

Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u alcohol?

Zo ja, hoeveel consumpties per dag/week? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs?

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Toestemming voor uitwisseling van medische gegevens**

Ik ga ***wel / niet*** *\** akkoord met uitwisseling van mijn medische gegevens met andere hulpverleners via het landelijk schakelpunt (LSP), zoals apotheek, huisartsenpost, etc.

Ik ga ***wel / niet*** *\** akkoord met opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

Ik ga ***wel / niet*** \* akkoord om een account aan te maken voor het patiëntenportaal.

*Voor meer informatie over het patiëntenportaal zie* [*www.uwzorgonline.nl/consumenten/*](http://www.uwzorgonline.nl/consumenten/) *of vraag het de assistente.*

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U kunt dit formulier inleveren bij de doktersassistente. Op onze website [www.huisartsenafferden.uwartsonline.nl](http://www.huisartsenafferden.uwartsonline.nl) vindt u verdere informatie over onze praktijk. Op de website is tevens het privacyreglement terug te vinden.

**Neemt u s.v.p. zelf contact op met uw vorige huisarts om door te geven dat u van huisarts wisselt!**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*In te vullen door medewerker huisartsenpraktijk Afferden*

*Identiteitsbewijs gecontroleerd Ja/Nee Datum: - -*

*Soort ID:*

*Nummer ID:*