

**Inschrijfformulier nieuwe patiënt** ( volledig invullen a.u.b.)

Bij welke huisarts wilt u zich inschrijven:

- |  |                          |  |  |
|--|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dkt. Flower                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dkt. Van Dellen | <input type="checkbox"/> Dkt. Jongmans |
| <input type="checkbox"/> Dkt. Sluijmers en Dkt. Liem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dkt. Koster     | <input type="checkbox"/> Dkt. Jongen   |
| <input type="checkbox"/> Dkt. Rommens                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dkt. Mulling    | <input type="checkbox"/> Dkt. Eikelaar |

Bij welke apotheek haalt u de door de huisarts voorgeschreven medicatie op:

- Service Apotheek Duiven, Burgemeester van Dorth tot Medlerstraat 3, 6921 AS Duiven.
- Apotheek de Linde, Eltensestraat 1, 6922 JA Duiven.

**Om uw medische gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen hebben wij onderstaande gegevens nodig, voorzien van uw handtekening. Hiermee geeft u toestemming.**

**Zonder uw toestemming/handtekening mogen en kunnen wij geen gegevens opvragen.**

Naam huidige/vorige Huisarts \_\_\_\_\_

Naam : \_\_\_\_\_ **Handtekening** \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Algemene gegevens**

Naam : \_\_\_\_\_ Geslacht: M/V

Voorletters : \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

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

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

Adres : \_\_\_\_\_

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

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

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

**Verzekeringsgegevens**

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

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

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

Wie kan de huisarts benaderen in geval van nood?

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

Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst zo compleet mogelijk in te vullen. Het is voor de huisarts van belang om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van uw gegevens. De door u ingevulde gegevens worden in uw dossier verwerkt.

Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien u voor één of meerdere ziektebeelden onder behandeling bent (of bent geweest) bij uw huisarts, praktijkondersteuner (verpleegkundige) en/of specialist.

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Longziekten: emfyseem/chronische bronchitis / longontsteking	<input type="checkbox"/>
Allergische aandoeningen: hooikoorts/ eczeem/ astma	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten/ hoog cholesterol	<input type="checkbox"/>
Maagzweer/ galstenen/ geelzucht/ andere lever/darmziekten	<input type="checkbox"/>
Nierziekten/ nierstenen/ blaasziekten	<input type="checkbox"/>
Struma/ schildklierafwijking	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede	<input type="checkbox"/>
Depressie/ overspannen/ angsten	<input type="checkbox"/>
Andere nl:	<input type="checkbox"/>
_____	
_____	

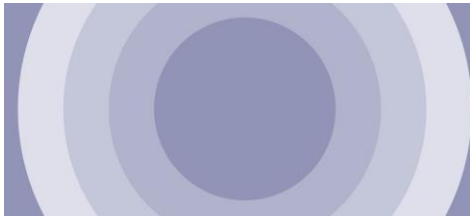
Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien één of meerdere ziektebeelden binnen uw familie voorkom(t)en.  
( Vader/Moeder/Broer/Zus)

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten	<input type="checkbox"/>
Beroerte of hersenbloeding	<input type="checkbox"/>
Astma, chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>
Eczeem, hooikoorts	<input type="checkbox"/>
Nierziekten	<input type="checkbox"/>
Psychische ziekten	<input type="checkbox"/>
Kanker, welk vorm	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?**

Nee

Ja, voor \_\_\_\_\_



**Medicatie gebruik**

Indien u een medicatieoverzicht of een medisch paspoort in u bezit heeft, wilt u hiervan een kopie bijvoegen.

1	Naam medicatie	Sterkte	Dosering
2			
3			
4			
5			
6			

**Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een bepaald medicijn?**

0 Nee

0 Ja, namelijk \_\_\_\_\_

**Heeft u het afgelopen jaar de griepspuit gehad? Zo ja, waarom** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?** \_\_\_\_\_

**Wilt u iets vermelden wat niet in de vragenlijst voorkomt, maar wat u wel van belang vindt om aan uw nieuwe huisarts te vermelden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_