Inschrijf formulier

Huisartsenpraktijk De Getijdenmolen

Stadsschuur 1, Middelburg 4331KS

0118 628234

info@getijdenmolen.nl

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Meisjes naam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | V /M |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat | Enkel en alleen / samenwonend / gehuwd/  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Adresgegevens** |

|  |  |
| --- | --- |
| Straat |  |
| Huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon | Mobiel: Vast: |
| Email |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN** |

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgverzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgerservice nummer |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige huisarts** |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **Medische gegevens** |

|  |
| --- |
| Bent u overgevoelig of bijwerking van bepaalde geneesmiddelen of hulpstoffen (bv penicilline, lactose )Zo ja, voor welke geneesmiddelen, wat zijn de verschijnselen |
| Geneesmiddel of hulpstof: |
| Verschijnselen: |

|  |
| --- |
| **Gebruikt u medicijnen ?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam | Hoeveel mg | Gebruik per dag /week |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / Voedingssupplementen(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitamine, St.Janskruid) |

|  |
| --- |
| Maakt u gebruik van een medicijndoseersysteem ? ja / nee |
| **Heeft een chronische ziekte of komt deze ziekte voor in uw familie ?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bij u | In uw familie |
| Suikerziekte | Ja/nee | Ja/nee |
| Hart / vaat ziekte | Ja/nee | Ja/nee |
| Nierziekte | Ja/nee | Ja/nee |
| Hoge bloeddruk | Ja/nee | Ja/nee |
| Astma of COPD | Ja/nee | Ja/nee |
| Epilepsie | Ja/nee | Ja/nee |
| Andere ziekte | Ja/nee | Ja/nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Komen er in uw familie erfelijke ziekte voor | Ja/nee | Welke? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bent u onder behandeling van een specialist | Ja/nee | WelkeZiekenhuis |
| Bent uw wel eens geopereerd | Ja/nee | Waaraan:Wanneer: |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heeft u ooit wel eens een ongeval gehad | Ja/nee | Gevolgen? |
| Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts op de hoogte moet zijn? |

|  |
| --- |
| **Leefstijl** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rookt u ? | Ja/nee | Hoeveel per dag |
| Gebruikt u alcohol ? | Ja/nee |  Hoeveel consumpties per dag |
| Gebruikt u drugs? | Ja/nee | Welke |

|  |
| --- |
| **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.****Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicatie gegevens bij vorige apotheekOpvragen | Ja /nee |
| Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van behandeling: | Ja /nee |
| Gegevens bij andere zorgverleners opvragen | 0 Nee nooit0 Nee tenzij:0 Ja altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling0 Ja onder voorbehoud: |
| Gegevens beschikbaar stellen aan andere zorgverleners | 0 Nee nooit0 Nee tenzij:0 Ja altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling0 Ja onder voorbehoud: |

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

Datum: Handtekening: