



INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENTEN

Personalia

Voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

BSN nummer:

Vragen over gezin/kinderen

Naam//geboortedatum/woont thuis of elders/bijzonderheden

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Vragen over familie.

Uw vader: leeft nog/overleden leeftijd welk jaar overleden

Bijzondere ziekten:

Uw moeder: leeft nog/overleden leeftijd welk jaar overleden

Bijzondere ziekten:

Hoeveel broer en zusters heeft u?

Komen er in uw familie ziekten voor en zo ja, bij wie?

(bv hoge bloeddruk, suikerziekte, beroerte, hartaanval, astma, erfelijke ziekten)

Heeft u, of heeft u gehad, een van de volgende ziekten of aandoeningen, en sinds wanneer?

- Verhoogde bloeddruk
- Suikerziekte
- Astma
- Bronchitis
- Hart of vaataandoeningen
- Blaasontsteking
- Overige

Gebuikt u medicijnen en zo ja, welke?

(ook de pil, slaapmedicatie, of middelen die u zonder recept kunt verkrijgen zoals laxeermiddelen)

Zij er medicijnen die u niet kunt verdragen?

Bent u ooit geopereerd?

Zo ja, wanneer en waaraan?

Bent u ooit opgenomen geweest in het ziekenhuis?

Zo ja, wanneer en waarvoor?

Staat u onder controle van een specialist?

Zo ja, welke en sinds wanneer en waarvoor?

Heeft u ooit een ongeval gehad?

Zo ja, wanneer en wat waren de gevolgen?

Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?

Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel eenheden per dag?

Wat is uw lengte en gewicht?

Is er nog iets belangrijks waarvan u het fijn vindt dat uw huisarts het weet, of graag met haar wil bespreken.

Toestemmingsformulier voor het opvragen van uw medisch dossier

Geachte heer/mevrouw,

Als u wisselt van huisartsenpraktijk, is het belangrijk dat u zich afmeldt bij uw vorige huisarts. Het moet voor beide huisartsenpraktijken duidelijk zijn waar u staat ingeschreven en per wanneer.

Graag verzoeken wij u het formulier in te vullen en te ondertekenen. Hierbij geeft u toestemming om uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts.

Uw gegevens

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Gegevens vorige huisarts

Naam praktijk/huisarts:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Faxnummer:

Datum:

.....

Handtekening:

.....