



Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij deze apotheekhoudende huisarts. Wilt u alleen een adreswijziging doorgeven dan kan dat ook op dit formulier. Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Persoonsgegevens

Inschrijfdatum in praktijk	
Titel	
Achternaam	
Partner achternaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
BSN	
Beroep	
Burgerlijke staat	
Aantal gezinsleden	

Adresgegevens

Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mail	



Verzekeringsgegevens

Indien u de eerste keer de huisarts bezoekt, neemt u dan altijd uw verzekeringspapieren mee.

Naam verzekeraar	
Polisnummer	
Verzekering begindatum	

Vorige huisarts

Naam (huisarts)	
Adres (huisarts)	
Plaats (huisarts)	

Belangrijke gegevens / Opmerkingen

Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.)

Medische Anamnese

Bent u ergens allergisch voor?

Nee Ja

Zo ja, waarvoor?
Medicijnen:

Voedingsmiddelen:

Bijen- of wespensteek: Nee Ja

Overige:



Gebruikt u medicijnen?

- Nee Ja
Zo ja, welke?

Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?
(zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)

Heeft u een chronische ziekte?

- Nee Ja, namelijk:
- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suiker | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekte | <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Longemfyseem |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekte | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |



Bent u wel eens geopereerd?

- Nee Ja

Zo ja, waaraan en wanneer?

Jaar:	Reden:

Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis, anders dan voor een operatie?

- Nee Ja

Zo ja, waarvoor en wanneer?

Jaar:	Reden:

Rookt u?

- Nee Ja Sigaret/Sigaretten per dag
 Gestopt van t/m

Drinkt u alcohol?

- Nee Ja Glazen per week
Bier / wijn / anders (haal door wat niet van toepassing is)

Gebruikt u drugs?

- Nee Ja, namelijk:



Wat is u gewicht?

Kg: Lengte:

Uitwisseling van medische gegevens via het Landelijk SchakelPunt (LSP).

Het zal op korte termijn mogelijk zijn dat regionale hulpverleners met uw toestemming uw belangrijkste medische gegevens kunnen inzien. Voor bijvoorbeeld de arts op de Huisartsen Post of de specialist in het ziekenhuis is het belangrijk te weten welke medicijnen u precies gebruikt en waar u allergisch voor bent. Op basis van deze gegevens kunnen zij dan de beste behandeling voor u opstellen.

Voor deze uitwisseling van persoonlijke informatie is uiteraard wel eerst uw expliciete toestemming nodig.

Bij deze verleen ik **wel / niet** toestemming om mijn medische gegevens te kunnen inzien.

Ondergetekende verleent toestemming om medicatiegegevens op te vragen en in het medisch dossier op te nemen.

Naam:

Datum:

Handtekening:

**Graag dit formulier inleveren op de praktijk of in de brievenbus gooien met een kopie van het paspoort /identiteitsbewijs + verzekeringspasje.
Dit formulier niet mailen naar de praktijk.**

Wilt u aan uw vorige huisarts vragen of hij/zij het medisch dossier naar onze praktijk verstuurd?