**Huisartsenpraktijk**

Adres:

Telefoonnummer:

**Inschrijfformulier***Vul dit formulier zorgvuldig in en leveren het in bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.*

**Persoonsgegevens**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | | | | |
| Voorletters: |  | Roepnaam: | |  | |
| Geboortedatum: |  | | Geslacht: | | M / V |
| Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? | | | Ja / Nee Ja / Nee / Niet bekend | | |
| *Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)* | | | | | |

**Adresgegevens**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Straat: |  | | |
| Postcode: |  | Plaats: |  |
| Telefoonnummer: |  | Mobiel nummer: |  |
| Emailadres: |  | | |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  | UZOVI nr. : (indien bekend) |  |
| Burger Service Nummer: |  | Polisnummer: |  |

**Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres en plaats: |  |

**Gegevens vorige apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres en plaats: |  |

**Gegevens nieuwe apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres en plaats: |  |

**Toestemming**

*Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.  
Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.*

*Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.*

*Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.*

Datum: Handtekening(en):

**Medische gegevens**  
**Bent u** **overgevoelig** **of** **allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**   
**Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?**

○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel/hulpstof/anders Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Gebruikt u medicijnen?**

○ nee ○ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

***Naam geneesmiddel Hoeveel mg / ml (sterkte) Gebruik per dag of per week***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**   
Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

○ nee ○ ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

|  |
| --- |
|  |

**Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor? Bij u zelf in uw familie**

Suikerziekte ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Hart/vaatziekten ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

- hoge bloeddruk ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

- hoog cholesterol ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

- beroerte (CVA of TIA) ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

- hartproblemen ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

- vaatproblemen (etalagebenen) ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Nierziekte ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Astma of COPD ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Eczeem, hooikoorts, allergie ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Maag-darmziekte ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Darmkanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Borstkanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Andere vorm van kanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Epilepsie ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja

Andere ziekten die van belang kunnen zijn ………………. ……………….

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*

|  |
| --- |
|  |

**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

|  |  |
| --- | --- |
| Standaard kindervaccinaties ja / nee Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee  Zo ja welke: | Griepvaccinatie ja / nee  Reizigersvaccinaties ja / nee  Zo ja welke: |

**Bent u onder behandeling van een specialist?**○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist Naam van ziekenhuis*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bent u wel eens geopereerd?**○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waaraan geopereerd? Wanneer geopereerd?*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

## ****Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?**** ○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Wat voor ongeval? Eventueel blijvende gevolgen?*

|  |
| --- |
|  |

## ****Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?**** ○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

|  |
| --- |
|  |

## Leefstijl

## ****Wat is uw gewicht en lengte:****

## ****………. kg ………. cm****

## ****Rookt u?**** ○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Wat rookt u? Hoeveel per dag/week?*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## ****Gebruikt u alcohol?**** ○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Wat drinkt u? Hoeveel per dag/week?*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

## ****Gebruikt u drugs?**** ○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## ***Welke drugs gebruikt u? Hoeveel per dag/week?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks in te vullen door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| Identiteitscontrole uitgevoerd adhv geldig identiteitsbewijs: *Soort identiteitsbewijs: Paspoort / Rijbewijs / ID-kaart / Verblijfdocument Documentnummer:* |  |  |
| Dossier ingevoerd in HIS |  |  |
| Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt |  |  |
| Medicatie Overzicht (BMG) opgevraagd bij vorige apotheek (niet verplicht = risico inschatting): ja / nee (n.v.t.) |  |  |
| Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties) |  |  |
| Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| COV |  |  |
| ION |  |  |
| Verificatie door huisarts |  |  |
| Toestemming LSP verwerkt |  |  |

