

Huisartsenpraktijk Schoonoord
Adres: Oude Molenstraat 7, 7848 BM Schoonoord
Telefoonnummer: 0591-381 310
info@medischoon.nl

Inschrijfformulier

Persoonsgegevens

Achternaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID	Ja /nee

Adresgegevens

Straat:	
Postcode en plaats:	
Telefoonnummer:	
Mobiel nummer:	
Emailadres:	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	

Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

Toestemming: Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP (www.vzvz.nl)

 JA NEE

Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum:

Handtekening:

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)

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>	<i>Andere allergieën/overgevoeligheden</i>

Gebruikt u medicijnen?

nee

ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Hoeveel mg</i>	<i>Gebruik per dag of per week</i>

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		bij uzelf	in uw familie
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-vaatproblemen / etalagebenen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
			Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> 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

Krijgt u een griepvaccinatie?

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

Waarom?

--

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)

Waarom geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

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

Wanneer gebeurde het ongeval?

Wat voor ongeval precies?

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

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?

--	--