



Pr. Julianastraat 25
8281 CK Genemuiden
tel: 038-3851200 fax: 038-3851205
website: www.huisartsen-genemuiden.nl
email: info@huisartsen-genemuiden.nl

INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENTEN

Datum:

Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt is het belangrijk dat we snel inzicht in uw gezondheidstoestand hebben. Daarom vragen we u dit formulier voor elk gezinslid in te vullen en bij de assistente in te leveren.

NB: men dient zich persoonlijk aan de balie te identificeren en dit formulier te ondertekenen!

Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts vragen uw medische gegevens aan ons te sturen? Als u behoefte hebt aan een kennismakingsgesprek, kunt u daarvoor bij de assistente een afspraak maken.

Algemene gegevens:

Familienaam:	man / vrouw		
Voorletters: (evt. roepnaam):			
Geboortedatum:			
Adres en Postcode:			
Telefoonnummer: 038-	06-	e-mail	
Burgerlijke staat: gehuwd/ongehuwd	Opleiding/beroep:		
Evt. kerkgenootschap/overtuiging:			
Naam zorgverzekeraar:		Verzekeringsnummer:	
Naam vorige huisarts:			
Adres en woonplaats:			
BurgerServiceNummer:			
Identificatiebewijs: (niet zelf invullen)			
Nummer: (niet zelf invullen)			

Hierbij verklaar ik als patiënt in de praktijk van de huisartsen te Genemuiden te zijn ingeschreven:

Genemuiden, (datum)

Naam:

Handtekening: (bij minderjarigen ouders of voogd)

Elektronisch uitwisselen van medische gegevens:

Vindt u het goed dat andere zorgverleners (bv. huisartsenpost Zwolle, dienstapotheek) uw belangrijkste medische gegevens elektronisch kunnen inzien als dat nodig is voor uw behandeling?

ik ga akkoord ik ga niet akkoord

Medische gegevens:

Bent u allergisch (bijv. medicijnen?) nee ja, namelijk voor:

Rookt u? nee ja sinds _____ sigare(tte)n per dag

Gebruikt u alcohol? nee ja _____ consumpties per dag

Komen de volgende ziekten voor? **bij u** of **in uw familie** namelijk bij:

Suikerziekte nee /ja nee/ja

Hart/vaatziekte nee /ja nee/ja

Nierziekte nee /ja nee/ja

Hoge bloeddruk nee /ja nee/ja

Epilepsie nee /ja nee/ja

COPD of Astma nee /ja nee/ja

Verhoogd cholesterol nee /ja nee/ja

Kanker nee /ja nee/ja

Psychische stoornis nee /ja nee/ja

Andere belangrijke ziekten:

Wordt u behandeld door een specialist? nee ja

Zo ja, door wie en waarvoor:

Belangrijke operaties ondergaan nee ja

Zo ja, welke, in welk jaar?

Ooit een ongeval gehad? nee ja

Zo ja, wat, wanneer, zijn er blijvende gevolgen?

Gebruikt u medicijnen? nee ja,

Namelijk: naam medicijn: hoeveel mg: gebruik:

1 mg xdaags

2 mg x daags

3 mg x daags

4 mg x daags

5 mg x daags

(Eventueel op de achterkant verder invullen...)

Huidige ziekten :

Krijgt u ieder jaar een grieprik? 0 nee 0 ja Reden:

Voelt u zich over het algemeen gezond?

Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts dat weet of dat u graag met hem wilt bespreken?

Tot slot:

Gaat u ermee akkoord, dat wij de gegevens van dit formulier delen met apotheek de Muiden en vice versa?

Ik ga akkoord

Ik ga niet akkoord

Gaat u ermee akkoord, dat apotheek de Muiden uw gegevens opvraagt bij uw vorige apotheek?

Ik ga akkoord

Ik ga niet akkoord

Zo ja, uw oude apotheek is: Apotheek

Te

Handtekening voor akkoord:
