

## Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Wanneer u zich als patiënt(e) in onze praktijk aanmeldt, kan het belangrijk zijn 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. Neem uw ID/Paspoort mee. Wij verzoek u ook om zo snel mogelijk uw huidige huisarts op de hoogte te stellen van de overstap, zo ontvangen wij het snelst uw dossier.

Als u een kennismakingsgesprek met de huisarts wilt, kunt u daarvoor bij de assistente een afspraak maken.

Persoonsgegevens:	
Achternaam:	
Meisjes achternaam:	
Geboorte datum:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geslacht:	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
BSN:	
Paspoort/ ID nummer:	
Burgerlijke staat:	
Adresgegevens:	
Straat:	Nummer:
Postcode:	
Plaats:	
Telefoon nummer:	Mobiel nummer:
E- mail:	
Verzekering gegevens:	
Naam verzekeraar:	
Polis nummer:	UZOVI nummer:
Gegevens vorige huisarts:	
Naam:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	
Gegevens oude apotheek:	
Naam:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	

Geeft u toestemming aan uw vorige huisarts voor het versturen van uw medische gegevens en het uitschrijven uit diens praktijk?

Ja       Nee

Geeft u toestemming om uw medische gegevens beschikbaar te stellen via het Landelijk schakelpunt (LSP)? Dit is voor de huisartsenpost in de avond/weekend. Meer informatie op [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl).

Ja       Nee

**Hierbij verklaar ik als patiënt(e) in de Huisartsenpraktijk Hapert & Hoogeloon te zijn ingeschreven:**

Plaats: ....., .....-.....-..... (datum)

Naam: ..... Handtekening: .....  
 (Bij kinderen onder de 12 jaar ondertekening door ouders of voogd, boven de 12 jaar zelf ondertekenen)

**Medische Gegevens:** (\*omcirkel wat van toepassing is)

Heeft u een allergie? Ja / Nee\*. Zo ja, voor: .....

Rookt u? Ja / Nee\*. Zo ja, sinds ..... (jaartal)/ .....sigaret(ten)/dag

Gebruikt u alcohol? Ja / Nee\*. Zo ja, ..... aantal consumptie(s)/dag

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja / Nee\*. Zo ja, wegens:.....

**Komen de volgende ziekten voor bij u:**

	Ja / Nee	Sinds:	Behandeling door HA /POH / Specialist:
Hart- en/of Vaatziekte			
Hoge bloeddruk			
Verhoogd cholesterol			
Suikerziekte			
Astma			
COPD			

(HA = huisarts, POH = praktijkondersteuner van de huisarts)

**Andere belangrijke ziekten:** (vermelden of u hiervoor wordt behandeld door een specialist):

.....  
 .....

Heeft u operaties ondergaan? Ja / Nee\*. Zo ja, welke en in welk jaar:

.....  
 .....

**Medicatiegebruik** (zowel zelfmedicatie, als medicatie op recept)

	Naam Medicament	Dosering (mg of ug, etc)	Gebruik (bijv. 1d1t)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

De volgende personen, woonachtig op hetzelfde adres, zijn al ingeschreven in deze praktijk:  
 (alleen invullen indien van toepassing)

Naam:.....Geboortedatum:.....

Naam:.....Geboortedatum:.....

Naam:.....Geboortedatum:.....