

Inschrijfformulier Praktijk G.J. Harmsen

Mocht u nog vragen hebben alvorens in te schrijven, neem dan gerust telefonisch contact met onze praktijk. Het is belangrijk dat u alles invult en daarna het formulier uitprint en bij de praktijkassistente afgeeft, danwel meeneemt naar het kennismakingsgesprek.

Wil u dan ook uw paspoort of ID kaart meenemen?

Persoonsgegevens	
Achternaam*	
Meisjesnaam	
Voorletters	
Roepnaam*	
Geboortedatum*	
Geboorteplaats	
Geslacht*	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
Beroep	
Burgerlijke staat	
Adresgegevens	
Straatnaam*	
Huisnummer*	
Postcode*	
Woonplaats*	
Telefoonnummer*	
Mobiel	
E-mail*	
Verzekeringsgegevens en BSN-Nummer	
Naam zorgverzekeraar*	
Verzekeringsnummer*	
Verzekering begindatum*	
BurgerServiceNummer*	

Gegevens vorige huisarts/huisarts op uw andere woonadres			
Naam			
Adres			
Woonplaats			
Telefoonnummer			
E-mail			
Gegevens vorige apotheek/apotheek op uw andere woonadres			
Naam			
Adres			
Woonplaats			
Telefoonnummer			
E-mail			
Medische gegevens			
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?			
Geneesmiddel en/of hulpstof			
Bijwerking			
Gebruikt u medicijnen?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Naam geneesmiddel			
Hoeveel mg		Gebruik per dag	
Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)			

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Welk geneesmiddel geeft problemen?			
Welk probleem heeft u?			
Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?			
	Bij u	In uw familie	
Suikerziekte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Hart/vaatziekte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Nierziekte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Hoge bloeddruk	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Astma of COPD	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	
Andere ziekten	Bij u	In uw familie	
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja	
	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Nee	

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?	
Zo ja, welke	
Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis	
Bent u wel eens geopereerd?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?	
Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, wanneer,	
Zijn er blijvende gevolgen?	
Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn. Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven	
Leefstijl	
Rookt u?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?	
Gebruikt u alcohol?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?	
Gebruikt u drugs?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja, welke	

Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Zo ja, waarom			
<p>Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.</p>			
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen	<input type="radio"/> Nee, nooit		
	<input type="radio"/> Nee, tenzij		
	<input type="radio"/> Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling		
	<input type="radio"/> Ja, onder voorbehoud		
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners	<input type="radio"/> Nee, nooit		
	<input type="radio"/> Nee, tenzij		
	<input type="radio"/> Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling		
	<input type="radio"/> Ja, onder voorbehoud		
Overige opmerkingen			
<p>Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.</p>			
Datum		Handtekening	

PRINT

VERSTUUR