

Formulier voor nieuwe patiënt

Datum:

Persoonlijke gegevens

Naam: _____

Roepnaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ Geboorteplaats: _____

E- mailadres: _____

Telefoonnummer: _____ Mobiele nummer: _____

BSN: _____

Verzekeringsmaatschappij en nummer: _____

Nummer paspoort: _____ of ID: _____

Vorige huisarts: _____ Plaats: _____

Uw tandarts: _____ Plaats: _____

Toestemming om dossier op te vragen bij vorige huisarts: ja nee

Woonsituatie:

Alleenwonend Samenwonend Inwonend Gehuwd Gescheiden Weduwe/weduwnaar
sinds: _____

Voor kinderen onder de 16 jaar bij scheiding ouders contactgegevens andere ouder:

Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Beroep, werk (indien ouder dan 4 jaar):

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ik werk | als: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben werkloos | sinds: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben gepensioneerd | sinds: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben arbeidsongeschikt | sinds: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik studeer/zit op school | studierichting: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben mantelzorger | voor: _____ |

Gezondheid en ziekten:

Sinds JAARTAL:

Heeft u ooit klachten gehad van:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | _____ |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte in de zwangerschap | _____ |
| <input type="checkbox"/> Longziekten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk in de zwangerschap | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Overspanning/depressie/angsten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lever- of darmziekten | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere ernstige ziekten, namelijk: | _____ |



HUISARTSENPRAKTIJK MEDISCH CENTRUM OOST
A.E. Meijer Huisarts | A.J.M. Bos Huisarts

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- Nee
- Ja, Specialisme: _____ ziekte: _____

Heeft u weleens een operatie ondergaan?

Zo ja, wat voor? _____ in welk jaar? _____

Bent u ergens allergisch of overgevoelig voor?

- Nee
- Ja: Geneesmiddelen namelijk: _____
Andere stoffen namelijk: _____

Heeft u afgelopen jaar een griep gekregen?

- Nee
- Ja, de reden: _____

Rookt u?

- Nee
- Ja, _____ sigaretten per dag, sinds _____ (jaartal)
- Niet meer sinds: _____

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?

- Nee
- Ja

Ziekten in de familie: (welke ziekten komen in de familie voor en aan wiens kant, bijv vader of moeder, broer of zus)

	Bij wie?	welke kant?	Leeftijd bij diagnose	Leeftijd bij evt. overlijden
<input type="checkbox"/> Suiker ziekte	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekte	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Beroerte/hersenvloeding	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Longziekten	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nierziekten	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psychische ziekten	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kanker, soort kanker	_____	_____	_____	_____

Gebruikt u nu geneesmiddelen:

	naam medicatie	sterkte (mg/ml)	gebruik
<input type="checkbox"/> Nee			
<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:	_____	_____	_____ per dag
	_____	_____	_____ per dag
<input type="checkbox"/> Ik gebruik vitamine D			

Heeft u behoefte aan een kennismakingsgesprek: Ja Nee

Als uw Apotheek niet de Groene Wijzend in Blokker is dan graag aangeven welke apotheek u verkiest: _____

Heeft u bezwaar tegen regionale inzage in uw elektronische patiënten dossier?

- Ja
- nee (voor meer informatie: www.vzvz.nl)