**Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Nuland**

**Dorpstraat 30**

**5391 AW Nuland**

**(Gewenste) Inschrijfdatum :………………………………………….**

**Wilt u een kennismakingsgesprek met de huisarts: Ja/Nee**

|  |  |
| --- | --- |
| Persoonsgegevens | |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletters en voornamen |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Geslacht |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresgegevens | |
| Straatnaam |  |
| Huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel |  |
| E-mail adres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Verzekeringsgegevens en BSN-nummer | |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burger Service Nummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens van vorige huisarts | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Is deze huisarts op de hoogte dat u zich uitschrijft? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens van vorige apotheek | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Huidige apotheek |  |

|  |
| --- |
| Geneesmiddelen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergie en overgevoeligheid geneesmiddelen | | |
| 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 hulpmiddel |  | **Bijwerking** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicatiegebruik | | |
| Gebruikt u medicijnen?   * Ja * Nee | | |
| Naam geneesmiddel | **Hoeveel milligram** | **Gebruik per dag** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |
| --- |
| Zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen |
| Gebruikt u zelfzorgmiddelen, alternatieve middelen of voedingssupplementen? Denk hierbij aan pijnstillers zoals paracetamol, maagtabletten zoals rennies, vitaminepreparaten.   * Ja * Nee |
| Zo ja, welke? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problemen met gebruiken geneesmiddelen | | |
| Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?  Bijvoorbeeld moeilijk kunnen doorslikken, moeite met openen van een verpakking, het oog druppelen, het spuiten van insuline of het vergeten met op tijd innemen van geneesmiddelen? | | |
| Geneesmiddel |  | **Welk probleem heeft u?** | |
| 1. |  |  | |
| 2. |  |  | |
| 3. |  |  | |

|  |
| --- |
| Baxter of doseersysteem |
| Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem of een baxter voor uw geneesmiddelen?   * Ja * Nee |

|  |
| --- |
| Medische gegevens |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chronische ziekte | | |
| Heeft u een chronische ziekte of komt er een chronische ziekte voor in uw familie? | | |
|  | **Ziekte die voorkomt bij u** | **Ziekte in de familie** |
| Suikerziekte (Diabetes Mellitus) | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Hart en vaatziekte | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Nierziekte | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Hoge bloeddruk (hypertensie) | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Astma of COPD | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Epilepsie | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Schildklier | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Anders,  Namelijk: | * Ja * Nee | * Ja * Nee |

|  |
| --- |
| Griepvaccinatie |
| Krijgt u een griepvaccinatie?   * Ja * Nee |
| Zo ja, waarom? |

|  |  |
| --- | --- |
| Ziekenhuis | |
| Bent u onder behandeling van een specialist in het ziekenhuis?   * Ja * Nee | |
| Zo ja, bij wie en in welk ziekenhuis? | |
| Bent u wel een geopereerd?   * Ja * Nee | **Zo ja, Waaraan en wanneer?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ongeval | |
| Heeft u ooit een ongeval gehad?   * Ja * Nee | |
| Zo ja, wanneer? | **Zijn er blijvende gevolgen?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Leefstijl | | |
| Rookt u? | * Ja * Nee | **Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag?** |
| Gebruikt u alcohol? | * Ja * Nee | **Zo ja, hoeveel consumpties per dag/per week?** |
| Gebruikt u drugs? | * Ja * Nee | **Zo ja, welke?** |

|  |
| --- |
| Opmerkingen |
| Overige opmerkingen  Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?  Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Handtekening |  | |
| TOESTEMMING MIJNGEZONDHEID.NET  Met Mijngezondheid.net is de praktijk 7 dagen per week, 24uur per dag digitaal bereikbaar. U kunt eenvoudig en snel ,via uw DigiD allerlei zaken online regelen : o.a. afspraken maken, medicatie bestellen en samenvatting van uw dossier inzien .  Hiermee geeft u toestemming voor het opstellen van uw medisch dossier  Voor meer informatie:  www.Mijngezondheid.net  Of vraag de assistente voor meer informatie. | | * JA, ik ga akkoord * NEE, ik ga NIET akkoord |

|  |  |
| --- | --- |
| Toestemming LSP! | |
| TOESTEMMING LSP  Hiermee geeft u toestemming voor het elektronisch beschikbaar stellen van de medische gegevens  Voor meer informatie:  [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)  [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl)  Of vraag de assistente voor meer informatie. | * JA, ik ga akkoord * NEE, ik ga NIET akkoord |

**Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven aangegeven.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Handtekening |  |
|  |  |  |