

(voor de assistente om in te vullen)

Verklaring van inschrijving bij huisartsenpraktijk

- Praktijk M. van Keulen & T. van de Vegt
- Praktijk J.J. Hamstra & I. de Ronde
- Praktijk M. Talsma & G.A. Hooisma

Identiteit gecontroleerd

Hartelijk welkom bij It Peldershûs te Burgum.

Met het invullen van dit formulier gaat u akkoord met inschrijving bij ons in de huisartsenpraktijk. Wij zullen voor u dan ook de gegevens bij uw vorige huisarts opvragen. Om u zo goed mogelijk medische zorg te kunnen bieden, verzoeken wij u dit formulier **volledig** in te vullen. Deze kunt u ingevuld meenemen naar de balie in It Peldershûs. Vergeet niet om ook uw identiteitsbewijs mee te nemen. Wij schrijven u daarna in.

Persoonsgegevens

- Achternaam :
- Voorletters :
- Meisjesnaam :
- Roepnaam :
- Geboortedatum :
- Geslacht : man vrouw
- BurgerServiceNummer :
- Identificatiedocument : Identiteitskaart Paspoort Rijbewijs
- Document nr ID/ Paspoort/Rijbewijs :

Adresgegevens

- Straatnaam : Huisnr.:
- Postcode : Woonplaats:
- Telefoonnummer : Mobiel nummer:
- E-mailadres :

Privégegevens

- Wat is uw gezinssituatie : alleenwonend samenwonend getrouwd
 gescheiden weduwe/weduwnaar
- Wat doet u in het dagelijks leven :
- Heeft u kinderen : nee ja
- indien ja, aantal : thuiswonend / uitwonend

Verzekeringsgegevens

- Naam zorgverzekeraar :
- Polisnummer :

Gegevens vorige huisarts

Naam :
 Adres :
 Plaats :
 Telefoonnummer :
 Reden van inschrijving : 0 verhuizing/afstand 0 anders, namelijk

Contactpersoon bij ernstige calamiteiten

Naam :
 Telefoonnummer :
 Relatie tot u :

MEDISCHE GEGEVENS

Komen de volgende aandoeningen/ziekten bij u voor?

- Suikerziekte
- Hart-/vaatziekten, namelijk:
- Nierziekte
- Luchtwegaandoening (b.v. astma, COPD of hooikoorts)
- Gewrichtsklachten
- Schildklierziekten
- Huidziekten
- Neurologische aandoening (b.v. epilepsie, Parkinson of MS)
- Maag- darmziekte
- Psychiatrisch verleden met diagnose
- (vorm van) Kanker, namelijk:
- Andere ziektes die van belang kunnen zijn:

Bent u wel eens geopereerd?

nee ja:
 reden jaartal

Bent u overgevoelig of allergisch voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

nee ja:

naam geneesmiddel en/of hulpstof	bijwerking(en)
.....
.....
.....

Gebruikt u medicijnen?

0 nee 0 ja:

naam geneesmiddel

aantal mg

..... per dag/week
..... per dag/week
..... per dag/week
..... per dag/week

Krijgt u een griepvaccinatie?

0 nee* 0 ja, reden :

* wilt u hier een oproep voor ontvangen indien u in aanmerking komt:

0 ja 0 nee

Heeft u in het verleden een pneumokokkenvaccinatie gehad?

0 nee 0 ja, in jaartal/op leeftijd:

Bent u onder behandeling van een specialist?

0 nee 0 ja:

naam specialist

naam ziekenhuis

.....
.....

Zijn er belangrijke voorvallen in uw medische geschiedenis waar wij van op de hoogte moeten zijn?

0 nee 0 ja, namelijk :

VOOR VROUWEN

Welke anticonceptie gebruikt u?

0 geen 0 pil 0 spiraal 0 implanon 0 ring 0 pleister 0 prikpil

Bent u momenteel zwanger?

0 nee 0 ja, weken

OVERIG

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

0 nee 0 ja, namelijk :

Heeft u een niet-reanimeren afspraak met een zorgverlener gemaakt?

0 nee 0 ja

Ondertekening

Datum :

Handtekening :