

(voor de assistente om in te vullen)

Verklaring van inschrijving bij huisartsenpraktijk

Praktijk M. Talsma & G.A. Hooisma

Identiteit gecontroleerd

Praktijk M. van Keulen & T. van de Vegt

Praktijk J.J. Hamstra & I. de Ronde

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 (BSN) :

Identificatiedocument : Identiteitskaart Paspoort Rijbewijs

Document nr ID/ Paspoort/Rijbewijs :

Naam zorgverzekeraar :

Polisnummer :

Adresgegevens

Straatnaam : Huisnr.:

Postcode : Woonplaats:

Telefoonnummer : Mobiel nummer:

E-mailadres :

Apotheek :

(indien er nog inschrijving bij nieuwe apotheek volgt dan deze graag invullen)

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

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?

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

Bent u wel eens geopereerd?

0 nee 0 ja:
reden jaartal
.....
.....

Bent u overgevoelig of allergisch voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

0 nee 0 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
.....
.....

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 :

Bij kinderen onder 12 jaar dienen beide ouders/voogd(en) te tekenen.

Bij kinderen van 12 tot 16 jaar; zowel ouders of voogd(en) én het kind zetten een handtekening. Bij eenhoofdig gezag graag kopie hiervan toevoegen.