Formulier voor nieuwe patiënt

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

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:_____

Uw apotheek: _____ 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):

- ☐ Ik werk als: _____
- ☐ Ik ben werkloos sinds: _____
- ☐ Ik ben gepensioneerd sinds: _____
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt sinds: _____
- ☐ Ik studeer/zit op school studierichting: _____
- ☐ Ik ben mantelzorger voor: _____

Gezondheid en ziekten: Sinds JAARTAL:

Heeft u ooit klachten gehad van:

- ☐ Suikerziekte _____
- ☐ Suikerziekte in de zwangerschap _____
- ☐ Longziekten _____
- ☐ Hoge bloeddruk _____
- ☐ Hoge bloeddruk in de zwangerschap _____
- ☐ Hart- of vaatziekten _____
- ☐ Overspanning/depressie/angsten _____
- ☐ Lever- of darmziekten _____
- ☐ Andere ernstige ziekten, namelijk: _____

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 griepprik 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
☐ Suiker ziekte	_____	_____	_____	_____
☐ Hart- en vaatziekte	_____	_____	_____	_____
☐ Beroerte/hersenbloeding	_____	_____	_____	_____
☐ Longziekten	_____	_____	_____	_____
☐ Nierziekten	_____	_____	_____	_____
☐ Psychische ziekten	_____	_____	_____	_____
☐ Kanker, soort kanker	_____	_____	_____	_____

Gebruikt u nu geneesmiddelen:

	naam medicatie	sterkte (mg/ml)	gebruik
☐ Nee			
☐ Ja, namelijk:	_____	_____	_____per dag
	_____	_____	_____per dag

☐ Ik gebruik vitamine D

Heeft u behoefte aan een kennismakingsgesprek: ☐ Ja ☐ Nee

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

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

Dank u voor het invullen en welkom in de praktijk!