

# Inschrijfgegevens nieuwe patiënt:



Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt, is het belangrijk dat we snel inzicht in uw gezondheidstoestand hebben. Daarom vragen wij u dit formulier voor elk gezinslid in te vullen en dit bij de assistente in te leveren.

**Let op: Neem bij inlevering van de inschrijfformulieren uw paspoort mee ter controle!**

Mocht u behoefte hebben aan een kennismakingsgesprek dan kunt u dit aangeven en hiervoor een afspraak maken bij de assistentes. Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts vragen uw medische gegevens aan ons toe te sturen? Alvast bedankt Team de Waterlelie

PERSOONLIJKE GEGEVENS		DATUM:	
Achternaam:		O Man O Vrouw	
Meisjesnaam:			
Voornaam:			
Geboortedatum:			
Nationaliteit:			
Geboorteplaats/land:			
Beroep:			
Burgerlijke staat:	O Alleenwonend O Gehuwd O Samenwonend O Thuiswonend O Gezin O Weduwe O Weduwnaar		
BSN:			
Verzekeraar:			
Verzekeringsnummer:			
ADRES:			
Straat:			
Postcode:			
Woonplaats:		In welke wijk woont u:	
Telefoon thuis:		Telefoon mobiel:	
Emailadres:			
VORIGE HUISARTS			
Gezondheidscentrum:		Naam vorige huisarts:	
Plaats:			
Telefoonnummer:			
IN GEVAL VAN NOOD			
Relatie:		Relatie:	
Naam:		Naam:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

**ALGEMENE VRAGEN:**

Rookt u?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Gestopt
Drinkt u alcohol?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Gestopt
Zo ja hoeveel eenheden per dag, week, maand?	_____ eenheden per _____		
Heeft u een donorcodicil?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee, wens niet te donoren	
Heeft u een euthanasieverklaring?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Levensbeschouwing?			
Heeft u een hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Hart- en Vaatziekte	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
	Welke:		
Diabetes mellitus (suikerziekte?)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Astma?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
COPD?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
Andere ernstige ziekten hierboven niet genoemd?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
	Welke:		
Allergieën, overgevoeligheid?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Welke:		
Bent u gevoelig voor bepaalde geneesmiddelen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Welke:		
Komen er bij uw ouders/broers/zusters onder de 60 jaar hart of vaatziekten voor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend

**OVERIGE VRAGEN:**

Wij bieden de mogelijkheid tot een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts. Wilt u daar gebruik van maken?	<input type="radio"/> Ja (gelieve, zelf een afspraak te maken met de assistent)		
	<input type="radio"/> Nee		
Is er nog iets anders waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet?			
Wilt u gebruik maken van mijngezondheid.net (inzage digitaal dossier)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Wilt u elk kwartaal onze nieuwsbrief ontvangen?	<input type="radio"/> Ja	E-mailadres:	
	<input type="radio"/> Nee		
Hoe bent u bij onze praktijk terecht gekomen?	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Gemeentegids	<input type="radio"/> Folder
	<input type="radio"/> Advertentie	<input type="radio"/> via bekenden	

INFORMATIE VORIGE HUISARTS	ADRES GEGEVENS NIEUWE PATIËNT(EN)	
<p>Geachte collega, Onderstaande personen hebben zich in onze praktijk ingeschreven als patiënt. Bij deze het vriendelijke verzoek de gegevens over te zetten naar code ZX, Drs. Boerop/ Drs. Van der Meijden.</p>	ADRES	
	POSTCODE	
	WOONPLAATS	
	TELEFOON	
	VORIGE HUISARTS	
	GEZONDHEIDSCENTRUM	

TOESTEMMINGSFORMULIER NIEUWE PATIËNT							
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:
NAAM:		M/V	GEB.DATUM:		BSN		HANDTEKENING:

*Ondergetekende(n) geeft(geven) hierbij toestemming aan de vorige huisarts om de medische gegevens van hieronder vermelde personen te verstrekken aan de nieuwe huisarts*

***N.B: Personen vanaf 16 jaar, dienen zelf toestemming te verlenen middels een handtekening.***