



Verklaring van inschrijving

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij zich bij de vorige huisarts heeft afgemeld en

per ... - ... -

als patiënt ingeschreven wil worden bij:

- Dokter Akarsubasi Dokter Miguelez Dokter Nijmeijer
(Praktijk Rembrandt is gesloten voor nieuwe inschrijvingen)

Gegevens

Voorletters Roepnaam..... M / V
Achternaam Naam partner.....
Geboortedatum
BSN
Straat + huisnr
Postcode Plaats:
Mobiël nr.
E-mailadres
Contactpersoon Naam:.....tel nr:.....relatie:.....
Samenstelling
huishouden
ZorgverzekeringPolisnummer.....

Apotheek Apotheek De Waag De Hofbraak

Naam vorige huisarts

Plaatsnaam & telefoonnummer

Plaats Datum Handtekening Handtekening ouders

.....

(vanaf 12 jaar)

(bij kinderen tot 16 jaar)

Lever dit formulier persoonlijk in, waarbij u uw legitimatie laat zien

Dit gedeelte wordt door de assistente ingevuld

Controle middels Paspoort / Rijbewijs / ID- kaart / Vreemdelingendocument

Documentnummer:.....

Datum gecontroleerd:

Paraaf assistente:

- Voor het privacyreglement van onze praktijk verwijzen wij u naar onze website: www.hoeddeesch.nl

Naam: **Geboortedatum:** - -

Vragenlijst medische gegevens

Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, is dit formulier ontwikkeld waarop u de belangrijkste gegevens over uw gezondheid (of die van uw kinderen) kunt invullen. Dit formulier wordt in uw elektronisch medisch dossier opgeslagen. De ingevulde gegevens op het formulier vallen onder het beroepsgeheim van alle medewerkers van onze praktijk.

Heeft u:

Suikerziekte	ja / nee	sinds (jaartal) →	controles huisarts / POH / specialist
Hart- of vaatziekte	ja / nee	sinds (jaartal) →	controles huisarts / POH / specialist
Hoge bloeddruk	ja / nee	sinds (jaartal) →	controles huisarts / POH / specialist
Astma	ja / nee	sinds (jaartal) →	controles huisarts / POH / specialist
COPD	ja / nee	sinds (jaartal) →	controles huisarts / POH / specialist

Lijdt u op dit moment aan een andere ziekte of aandoening? Ja / Nee

Zo ja, welke en vanaf welk jaar?

Heeft u in het verleden een belangrijke ziekte of aandoening gehad? Ja / Nee

Zo ja, welke en in welke periode?

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Zo ja, welke? U mag ook een overzicht van uw apotheek toevoegen.

Naam: **Geboortedatum:** - -

Bent u ooit geopereerd? Ja / Nee

Zo ja, waaraan en wanneer?

Heeft u een allergie? (bijvoorbeeld voor medicijnen, jodium, latex, boompollen, voedsel, dieren)

Ja / Nee

Zo ja, welke allergie en wat is de allergische reactie?

Rookt u of heeft u gerookt? Ja / Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag en hoeveel jaar?

Indien gestopt, vermeld het jaar van stoppen en de hoeveelheid sigaretten per dag en hoeveel jaar.

Gebruikt u alcohol?

Zo ja, hoeveel eenheden gemiddeld per dag / per week?

Familiegezondheid: komen er bepaalde ziekten voor in de familie?

Denk daarbij met name aan hart- of vaatziekten onder 60 jaar, suikerziekte (diabetes), kanker (vooral als dezelfde soort kanker vaker in de familie voorkomt en vooral onder de 50 jaar) of andere erfelijke aandoeningen.

Indien ja, welke ziekten, bij hoeveel familieleden en wat was de leeftijd van openbaren (indien bekend)?