

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. **(Samen met een kopie van uw identiteitskaart/paspoort en een kopie van uw verzekeringsbewijs van uw zorgverzekeraar)**. 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:

Achternaam:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Meisjesnaam:	
Voornaam:	
Titel:	
Geboortedatum:	
Nationaliteit:	
Geboorteplaats/land:	
Burgerlijke staat:	<input type="checkbox"/> Alleenwonend <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Thuiswonend <input type="checkbox"/> Gezin <input type="checkbox"/> Weduwe <input type="checkbox"/> Weduwnaar
BSN:	
Verzekeraar:	
Verzekeringsnr:	

ADRES:

Straat:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon thuis:	
Telefoon mobiel:	
Emailadres:	

VORIGE HUISARTS:

Naam vorige huisarts:	
Gezondheidscentrum:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	

IN GEVAL VAN NOOD:

Relatie:

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Naam:

Telefoonnummer:

ALGEMENE VRAGEN:

Rookt u?

 Ja Nee Gestopt

Drinkt u alcohol?

 Ja Nee Gestopt

Zo ja hoeveel eenheden per dag, week, maand?

_____ eenheden per _____

Heeft u een donorcodicil?

 Ja Nee, wens niet te donoren

Heeft u een euthanasieverklaring?

 Ja Nee

Levensbeschouwing?

Heeft u een hoge bloeddruk?

 Ja Nee

Hart- en Vaatziekte

 Ja Nee Onbekend

Welke:

Diabetes mellitus (suikerziekte?)

 Ja Nee Onbekend

Astma?

 Ja Nee Onbekend

COPD?

 Ja Nee Onbekend

Andere ernstige ziekten hierboven niet genoemd?

 Ja Nee Onbekend

Welke:

Allergieën, overgevoeligheid?

 Ja Nee

Welke:

Bent u gevoelig voor bepaalde geneesmiddelen?

 Ja Nee

Welke:

Komen er bij uw ouders/broers/zusters onder de 60 jaar hart of vaatziekten voor?

 Ja Nee Onbekend**OVERIGE VRAGEN:**

Wij bieden de mogelijkheid tot een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts. Wilt u daar gebruik van maken?

 Ja (gelieve, zelf een afspraak te maken met de assistent) Nee

Is er nog iets anders waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet?

 Zo ja:

INFORMATIE VORIGE HUISARTS
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.

ADRES GEGEVENS NIEUWE PATIËNT(EN)	
ADRES	
POSTCODE	
WOONPLAATS	
TELEFOON	
VORIGE HUISARTS	
GEZONDHEIDSCENTRUM	

TOESTEMMINGSSFORMULIER NIEUWE PATIËNT

NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		HANDTEKENING:	
NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		HANDTEKENING:	
NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		HANDTEKENING:	
NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		HANDTEKENING:	
NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		HANDTEKENING:	
NAAM:		M/V	GEBOORTEDATUM:		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.