

## Huisartsenpraktijk Buren

Adres: Dreef 7 4116 CW Buren  
Telefoonnummer: 0344-572541

Website: huisartsenpraktijkburen.praktijkinfo.nl

## Inschrijfformulier

Vul dit formulier zorgvuldig in en leveren het in bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.

### Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:		Roepnaam:	
Geboortedatum:		Geslacht:	M / V
Indien kind jonger dan 16 jaar: Wie heeft het ouderlijk gezag over het kind? o moeder o vader o beide 0 anders, nl: Zijn alle gezaghebbende akkoord met de inschrijving?			Ja / Nee / Niet bekend

### Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:		Mobiel nummer:	
Emailadres:			

### Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:		UZOVI nr. : (indien bekend)	
Burger Service Nummer:		Polisnummer:	

### Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres en plaats:	

### Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres en plaats:	

## Toestemming

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts.

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.

Datum:

Handtekening(en):

## Medische gegevens

**Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**

**Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel/hulpstof/anders	Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

**Gebruikt u medicijnen?**

nee  ja

Graag altijd een medicatie overzicht toevoegen, deze kunt u opvragen bij u huidige apotheek.

**Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?**

	<b>Bij u zelf</b>	<b>in uw familie</b>
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

Andere ziekten die van belang kunnen zijn

.....

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*

--

**Bent u onder behandeling bij de praktijk ondersteuner?**

nee  ja  suikerziekte  hart- en vaatziekte  longaandoening

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist*

*Naam van ziekenhuis*


**Bent u wel eens geopereerd?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarvoor geopereerd?*

*Wanneer geopereerd?*


**Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

**Leefstijl**

**Rookt u?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat rookt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Gebruikt u alcohol?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat drinkt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Gebruikt u drugs?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Welke drugs gebruikt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

<b>Checks in te vullen door de praktijk</b>	<b>Datum</b>	<b>Paraaf</b>
Identiteitscontrole uitgevoerd adhv geldig legitimatiebewijs		
Medicatie overzicht opgevraagd vorige apotheek ja /nee /nvt		
Ruiters toegevoegd in dossier ja /nee/ nvt		
COV		
ION		
Toestemming LSP verwerkt		