

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 voor?

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

Waaraan 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?

--	--

Checks in te vullen door de praktijk	Datum	Paraaf
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		
Ketenzorg		

