

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK VAN DER GAAG



Datum:

Administratieve gegevens

Voor- en achternaam: Voorletters:.....M/V

Geboortedatum:Geboorteplaats/land:.....

Adres:
.....Postcode:.....

Telefoon thuis:Werk/Mobiel:.....

Verzekeraar:Verzekeringsnummer:

Burger Service Nummer/Sofinummer:

Emailadres:

Regel met gemak uw zorg online door middel van de app: Uw Zorg Online. Met deze app kunt u het medisch dossier inzien, medicijnen aanvragen, afspraken maken, metingen bijhouden en berichten versturen. U kunt hier gebruik van maken via de app Uw Zorg Online of inloggen via onze website huisartsenpraktijkvandergaag.uwzorgonline.nl.

Wilt u hiervan gebruik maken? Dan sturen wij een link per mail. (Let op: de link is 24-uur geldig)

Ja, graag een link versturen per mail.

Ik meld mij op een later moment aan voor Uw Zorg Online.

Nee

Om uw gegevens te controleren verzoeken wij uw ID- en uw verzekeringsbewijs;

of aan de balie te tonen (Check door assistente)

of, indien u het formulier (digitaal) verstuurd, een kopie van beide mee te sturen

Zorgverleners maken gebruik van een regionaal netwerk om elektronisch medische gegevens te delen met andere zorgverleners in hun regio: de zorginfrastructuur van het LSP. Via dit netwerk kunnen zij, met uw toestemming, de belangrijkste gegevens uit uw huisartsdossier opvragen én een overzicht van de medicijnen die u gebruikt. Zo hebben zij alle belangrijke informatie over uw gezondheid op elk moment snel bij de hand. Ook 's avonds, in het weekend en in spoedsituaties. Informatie hierover kunt u vinden op www.VZVZ.nl of in de informatiefolder die op de praktijk beschikbaar is. Gaat u hiermee akkoord?

Nee

Ja

Handtekening:.....

Apotheek:

Vorige huisarts: te.....

(Vergeet niet uw medische gegevens bij de vorige huisarts op te vragen)

Reden van inschrijving:

Eventueel contactpersoon in geval van nood:

.....

Gezins- /Woonverband

- 0 alleenwonend
- 0 samenwonend met:.....
- 0 gehuwd met:.....
- 0 gescheiden sinds:
- 0 weduwe/weduwnaar sinds:

Heeft u kinderen?

- 0 Nee
- 0 Ja, thuiswonend, aantal:
- 0 Ja, uitwonend, aantal:

Bent u een gescheiden ouder?

- 0 Nee
- 0 Ja, wie heeft het ouderlijk gezag?:
.....

Werk:

- 0 Beroep:.....
- 0 Opleiding:
- 0 Anders:

Kunt u lezen en/of schrijven?

- 0 nee
- 0 ja

Heeft u een bepaalde geloofsovertuiging?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk
- Zijn er vanuit uw geloofsovertuiging zaken waar wij medisch gezien rekening mee moeten houden?
- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk:

Om uw medisch dossier goed in te kunnen richten willen we u een aantal dingen vragen, die betrekking hebben op uw medische voorgeschiedenis:

Gezondheid en ziekten

Heeft u klachten (gehad) van:

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 0 suikerziekte | 0 depressie en/of angsten | 0 schildklierziekten |
| 0 longziekten | 0 eetstoornissen | 0 huidaandoeningen |
| 0 hoge bloeddruk | 0 lever en/of darmziekten | 0 nierziekten |
| 0 hart- en/of vaatziekten | 0 gewrichtsklachten | 0 overspannenheid |
| 0 geslachtsziekten | 0 immuun stoornissen | |
| 0 andere ziekten, namelijk:..... | | |

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- 0 Nee
- 0 Ja, specialisme:Ziekte:.....

Zijn er belangrijke medische gebeurtenissen in uw voorgeschiedenis geweest, zoals ernstige ziektes en operaties?

- 0 Nee
- 0 Ja, namelijk:.....
.....
.....

Gebruikt u geneesmiddelen?

0 Nee

0 Ja, namelijk:.....
.....
..... (medicijnoverzicht bijvoegen)

Bent u overgevoelig (allergisch)?

0 Nee

0 Ja voor:

- 0 Geneesmiddelen, namelijk:
- 0 Jodium/pleister/lidocaïne (verdovingsmiddel):.....
- 0 Bepaald eten of drinken, namelijk:
- 0 Andere stoffen, namelijk:

Donor codicil

Heeft u een donorcodicil?

0 nee

0 ja

Ziekten in de familie

Welke ziekten komen er bij uw ouders, broers of zussen voor?

- 0 suikerziekte bij wie:
- 0 hoge bloeddruk bij wie:
- 0 hoog cholesterol bij wie:
- 0 hart en vaatziekte onder de 65 jaar bij wie:
- 0 beroerte of hersenbloeding onder de 65 jaar bij wie:
- 0 longziekte (astma of COPD) bij wie:
- 0 nierziekte bij wie:
- 0 psychische ziekte bij wie: Aard van de ziekte:
- 0 kanker bij wie: Soort kanker:
- 0 andere ziekte bij wie: Welke aandoening:.....

Rookt u?

0 Nooit gedaan.

0 Gestopt na jaren gemiddeld sigaretten/sigaren per dag gerookt te hebben.

0 Ja. Gemiddeld aantal sigaretten per dag: gedurende ongeveer jaar

Gebruikt u regelmatig alcohol?

0 Nee

0 Ja. Gemiddeld aantal eenheden per dag:

Bent u ooit slachtoffer geweest van:

- 0 Lichamelijk geweld
- 0 Geestelijk geweld
- 0 Seksueel geweld
- 0 Geen van bovenstaande

Gebruikt u drugs?

0 nee

0 ja, namelijk:.....

Voor vrouwen:

Is er ooit een mammografie (röntgenfoto van de borsten) gemaakt?

0 Nee

0 Ja, datum
Uitslag.....

Is er ooit een uitstrijkje gemaakt?

Nee

Ja, datum

Uitslag.....

Gebruikt u anticonceptie door de huisarts voorgeschreven?

Nee

Ja,

Orale anticonceptie, namelijk

Prikpil, laatste keer gekregen op

Spiraal, Mirena/koper (doorhalen wat niet van toepassing is)
geplaatst op

Implanon

Is er misschien nog andere informatie over u die voor ons van belang is om te weten of die u belangrijk vindt om te vertellen? (ruimte voor evt. verdere toelichting op de achterzijde)

.....
.....