

Huisartsenpraktijk Oud-Ablas B.V.

Adres: Schoolstraat 14, 2969 AB Oud-Ablas

Telefoonnummer: 0184 691 363

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: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?			Ja / Nee Ja / Nee / Niet bekend
<i>Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)</i>			

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:	

Gegevens nieuwe apotheek

- Apotheek Thorbecke, Sliedrecht Afhaalpunt: Schoolstraat 14, Oud-Alblas
- Andere apotheek:

Naam:	
Adres:	

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 en apotheek.

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 (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

Naam geneesmiddel	Hoeveel mg / ml (sterkte)	Gebruik per dag of per week

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?

Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

- nee ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

--

--

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

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

--

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

Standaard kindervaccinaties	ja / nee	Griepvaccinatie	ja / nee
Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B)	ja / nee	Reizigersvaccinaties	ja / nee
Zo ja welke:		Zo ja welke:	

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)

Waar aan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat voor ongeval? Eventueel blijvende gevolgen?

--

--

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

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

Leefstijl

Wat is uw gewicht en lengte:

..... kg cm

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		
Dossier ingevoerd in HIS		
Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt		
Medicatie Overzicht (BMG) opgevraagd bij vorige apotheek (niet verplicht = risico inschatting): ja / nee (n.v.t.)		
Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties)		
Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t.		
Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t.		
COV		
ION		
Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		

