

Inschrijfformulier



Persoonsgegevens

Achternaam:

Meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Geslacht: ☐ man
 ☐ vrouw

Beroep:

Burgerlijke staat:

Adresgegevens

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

E-mail:

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:

Verzekeringsnummer:

Verzekering begindatum:

BurgerServiceNummer:

Gegevens vorige huisarts/huisarts op uw andere woonadres

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Gegevens vorige apotheek/apotheek op uw andere woonplaats

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Medische gegevens

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose).

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen?

Geneesmiddel en/of hulpstof:

Wat zijn de bijwerkingen? :

Gebruikt u medicijnen?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, welke geneesmiddelen en welke dosering?

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Janskruid). Zo ja, welke?

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, bij het gebruik van welk geneesmiddel ervaart u problemen?

Geneesmiddel:

Welk probleem heeft u? :

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?

☐ Ja

☐ Nee

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?

	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte	☐ Ja	☐ Ja
Hart/vaatziekte	☐ Ja	☐ Ja
Nierziekte	☐ Ja	☐ Ja
Hoge bloeddruk	☐ Ja	☐ Ja
Astma of COPD	☐ Ja	☐ Ja
Epilepsie	☐ Ja	☐ Ja
Andere ziekten	☐ Ja	☐ Ja

Komen er in uw familie erfelijke ziekten of aandoeningen voor?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, welke? :

Krijgt u een griepvaccinatie?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, waarom? :

Bent u onder behandeling van een specialist?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, bij welke specialist / welk ziekenhuis? :

Bent u wel eens geopereerd?

☐ Ja

☐ Nee

- Zo ja, waaraan en wanneer:

- Heeft u ooit een ongeval gehad? ☐ Ja
☐ Nee
- Zo ja, wanneer? :
 Zijn er blijvende gevolgen? ☐ Ja
☐ Nee

Leefstijl

- Rookt u? ☐ Ja
☐ Nee
- Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag? :
 Gebruikt u alcohol? ☐ Ja
☐ Nee
- Zo ja, hoeveel consumpties per dag? / per week? :
 Gebruikt u drugs? ☐ Ja
☐ Nee
- Zo ja, welke? :

Uitwisseling patiëntgegevens (LSP)

Het onderstaande betreft de eventuele toestemming van de patiënt voor het opvragen en verstrekken van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. Voor meer informatie zie: www.ikgeeftoestemming.nl

- Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen: ☐ Ja
☐ Nee
- Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling: ☐ Ja
☐ Nee
- Gegevens bij andere zorgverleners opvragen: ☐ Ja, altijd, geen bezwaar
☐ Ja, onder voorbehoud
☐ Nee, tenzij
☐ Nee, nooit
- Gegevens verstrekken aan zorgverleners: ☐ Ja, altijd, geen bezwaar
☐ Ja, onder voorbehoud
☐ Nee, tenzij
☐ Nee, nooit

Opmerkingen in verband met de uitwisseling van patiëntgegevens:

Ik ga akkoord met het opvragen en verstrekken van mijn patiëntgegevens onder medisch beroepsgeheim op de wijze zoals hierboven vermeld.

Overige opmerkingen:

Datum:

Handtekening: