

INTAKEFORMULIER NIEUWE PATIENT

Persoonsgegevens	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

Adresgegevens	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel:	
E-mail:	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Verzekering begindatum:	
BurgerServiceNummer:	

Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

Medische gegevens	
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?	
Geneesmiddel en /of hulpstof:	Bijwerking:

Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?
 (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

Maakt u gebruik van een doseersysteem (baxter) voor uw geneesmiddelen?

Ja
 Nee

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?

Welk geneesmiddel geeft problemen?	Welk probleem heeft u?

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?		
	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hart/vaatziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Andere ziekten:	Bij u:	In uw familie:

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke
---	---	--------------

Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis
Bent u wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?	

Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, wanneer,	
Zijn er blijvende gevolgen?	

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn. Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

Leefstijl		
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
Gebruikt u drugs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke

<p>Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen 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.</p>
<p>Ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk Stad & Ambt om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven. Zie voor nadere informatie www.huisartsenpraktijkstadenambt.nl</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee </p>
<ul style="list-style-type: none"> - Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. - Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. - Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

Ik ga akkoord met het uitwisselen van mijn gegevens bij verwijzing naar een andere hulpverlener of bij deelname aan een keten voor chronische zorg.

Datum

Handtekening.....

<p>KADER IN TE VULLEN DOOR PRAKTIJKMEDEWERKER</p>
<p>Ingevoerd door:</p>
<p>Identiteit vergewist: paspoort / rijbewijs / identiteitskaart / anders:</p>

VERZOEK OVERDRACHT MEDISCH DOSSIER

Bij deze verzoek ik mijn huidige huisarts om de medische gegevens van onderstaande patiënt zo spoedig mogelijk en volledig over te dragen aan huisartsenpraktijk Stad & Ambt

Gegevens patiënt:

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Huidige huisarts

Naam huisarts:

Praktijknaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Gegevens nieuwe huisarts:

Naam huisarts: F.G.W. Cleveringa en D.C. Brusse

Praktijknaam: Huisartsenpraktijk Stad & Ambt

Adres: de Weijert 40

Postcode: 8325 EM

Woonplaats: Vollenhove

Ondertekening door patiënt: (bij 12 jaar en ouder en wilsbekwaam)

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

Ondertekening (wettelijk) vertegenwoordiger(s): (bij jonger dan 16 jaar of wilsonbekwaam)

vertegenwoordiger 1: ouder / voogd / curator / mentor / anders *

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

vertegenwoordiger 2: ouder / voogd / curator / mentor / anders *

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

Zijn er (wettelijk) vertegenwoordigers die niet ondertekend hebben? ja / nee *

*doorhalen wat niet van toepassing is