|  |
| --- |
| Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij onze apotheekhoudende huisartsenpraktijk. Wilt u alleen een adreswijziging doorgeven dan kan dat ook op dit formulier. Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen.  Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. |

Bovenkant formulier

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonsgegevens** | |
| **Inschrijfdatum in praktijk** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Meisjesnaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **BSN** |  |
| **Beroep** |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Aantal gezinsleden** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Adresgegevens** | |
| **Straatnaam** |  |
| **Huisnummer** |  |
| **Postcode** |  |
| **Woonplaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Mobiel** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Verzekeringsgegevens** | |
| Indien u de eerste keer de huisarts bezoekt, neemt u dan altijd uw verzekeringspapieren mee. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam verzekeraar** |  |
| **Polisnummer** |  |
| **Verzekering begindatum** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorige huisarts** | |
| **Naam (huisarts)** |  |
| **Adres (huisarts)** |  |
| **Plaats (huisarts)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Belangrijk: geef zelf aan uw huidige huisarts toestemming uw dossier te versturen!** |  |
| **Vorige apotheek**   |  |  | | --- | --- | | **Naam apotheek** |  | | **Adres apotheek** |  | | **Plaats apotheek** |  |   **Wilt u een Actueel Medicatie Overzicht(AMO) meebrengen van u vorige apotheek.**  **Belangrijke gegevens / Opmerkingen** | |
| Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.) |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medische Anamnese**   |  | | --- | | **Bent u ergens allergisch voor?** | |  |  |  |  | | --- | --- | | Nee | Ja |  |  | | --- | | Zo ja, waarvoor? |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Bijen- of wespensteek: | Nee | Ja |  |  |  | | --- | --- | | Overigen: |  |  |  | | --- | | **Gebruikt u medicijnen?** |  |  |  | | --- | --- | | Nee | Ja |  |  | | --- | | Zo ja, welke? |  |  |  | | --- | --- | |  |  |  |  | | --- | |  | | **Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?** *(zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)* | |  | |  | |  |  |  | | --- | | **Heeft u een chronische ziekte?** |  |  |  | | --- | --- | | Nee | Ja, namelijk: |  |  |  | | --- | --- | | Suiker | Epilepsie | | Schildklierziekte | Astma | | Hoge bloeddruk | Longemfyseem | | Hart- of vaatziekte | Anders, nl: |  |  | | --- | | **Bent u wel eens geopereerd?** | |  |  |  |  | | --- | --- | | Nee | Ja |  |  | | --- | | Zo ja, waaraan en wanneer? |  |  |  | | --- | --- | | Jaar: | Reden: | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | | --- | | **Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis, anders dan voor een operatie?** |  |  |  | | --- | --- | | Nee | Ja |  |  | | --- | | Zo ja, waarvoor en wanneer? |  |  |  | | --- | --- | | Jaar: | Reden: | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Rookt u?** |  |  | | Nee Ja ……… Sigaret/Sigaretten per dag |  |  | | Gestopt van ………………………… t/m ………………………… |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **Drinkt u alcohol?** |  | | Nee Ja ……… Glazen per week |  |  |  | | --- | --- | | Bier / wijn / anders (haal door wat niet van toepassing is) |  |  |  | | --- | | Bent u of is iemand in uw omgeving bezorgd om uw alcohol gebruik? | | Nee Ja | |  | | **Gebruikt u drugs?** | | Nee Ja, namelijk: | |  | |  | | **Wat is u gewicht?** |  |  |  | | --- | --- | | Kg: ……………… | Lengte: …………………… |  |  |  | | --- | --- | | Ben u hier tevreden mee? | Nee Ja | |  |  |  |  | | --- | | **Komen er in uw familie ziekten voor?** | | Nee Ja, namelijk: |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Astma/Allergieën Gewrichtsklachten Hoge bloeddruk Hoog cholesterol Suikerziekte Hartziekten Stollingsstoornissen | Hoofdpijn/Migraine Epilepsie Beroertes Schildklierziekte Tuberculose Longziekten Maagzweer | Galblaasproblemen Leverziekten Nierziekten Kanker, namelijk …… Psychische ziekten Alcohol/Drugsmisbruik Overig …… | |

**Toestemming uitwisseling medische gegevens (OPT-IN)**

Wilt u op dit formulier tevens aangeven of u toestemming wilt verlenen voor de uitwisseling van uw medische gegevens tussen de huisartsenpost, het ziekenhuis en andere(dienst)apotheken? Door deze uitwisseling kunnen in onverwachte (nood)situaties hulpverleners belangrijke medische informatie van u raadplegen.

O **Ja, ik ga akkoord** met het beschikbaar stellen van mijn medisch gegevens

O **Ja, dit geldt ook voor mijn partner en overige gezinsleden**  
O **Nee, ik ga niet akkoord**

**Door ondertekening van dit formulier geeft u ons toestemming de medische gegevens bij u vorige huisarts op te vragen.**

Naam:

Datum:

Handtekening:

Onderkant formulier