**HUISARTSENPRAKTIJK de Meidoorn**

**Primulastraat 2A**

**6971 AZ BRUMMEN**

**0575-562224**

**FORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNT**

Gaarne alle 3 de pagina’s invullen en inleveren bij de assistente. Brengt u ter inzage ook een ID kaart of paspoort mee ter identificatie

**PERSOONSGEGEVENS:**

Naam en Voorletters :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roepnaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb. datum :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ \_

Postcode :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobiel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email adres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Kind jonger dan 16 jaar? S.v.p. omcirkelen wie het (ouderlijk) gezag heeft:*

Vader / Moeder / Beide / Voogd: /Anders:

**VERZEKERINGSGEGEVENS:**

Verzekering :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsnr. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uzovi-code\* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \* Uzovicode is het 4cijferige nummer op uw

polisblad of verzekeringspasje

BSN nummer :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VORIGE HUISARTS:**

Naam huisarts :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woonplaats :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mogen wij uw medische gegevens opvragen bij uw vorige huisarts: JA / NEE**

**Handtekening voor akkoord:**

**MEDISCH:**

**GENEESMIDDELEN:**

*Gebruikt u geneesmiddelen?*

0 Nee

0 Ja, namelijk:

Naam: Sterkte: Gebruik:

1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GEZONDHEID EN ZIEKTEN:**

*Heeft u ooit klachten (gehad) van:*

0 Suikerziekte 0 Overspanning

0 Longziekten 0 Kanker

0 Hoge bloeddruk 0 Eetstoornis

0 Hart of vaatziekten 0 Depressie of angsten

0 Lever- of darmziekten 0 Aanhoudende gewichtsklachten

0 Geslachtsziekten (soa) 0 Schildklierziekten

0 Ander ernstige ziekten, namelijk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toelichting: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist of andere hulpverlener?*

0 Nee

0 Ja, 0 specialisme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ziekte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 specialisme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ziekte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bent u overgevoelig (allergisch)voor medicijnen of voedingsmiddelen?*

0 Nee

0 Ja, welke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie ondergaan?*

0 Groot ongeluk :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Operaties :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Ziekenhuis opname :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZIEKTEN IN DE FAMILIE:**

*Welke ziekten komen in de familie voor?*

0 Suikerziekte Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Hoge bloeddruk Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Hart- en vaatziekten Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Beroerte of hersenbloeding Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Astma, COPD Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Nierziekten Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Psychische ziekten Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Kanker, soort kanker Bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WERK/STUDIE:**

0 Ik heb betaald werk als :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Ik ben werkloos sinds :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mijn werk was :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Ik ben arbeidsongeschikt sinds :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mijn werk was :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Ik studeer, studierichting :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Ik doe vrijwilligers werk als :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uitwisselen Medische gegevens:**

Voor meer informatie: [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl)

Toestemming voor uitwisseling medische gegevens met apotheek, huisartsenpost en behandeld specialist via LSP zorginfrastuctuur: **Ja/Nee**

(Kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf toestemming te geven)

**Uw Naam:**

**Uw Geboortedatum:**

**Uw handtekening**

Voor ons patiëntenportaal voor digitale afspraken, herhaalrecepten en emailconsulten kunt u zich aanmelden nadat u door ons ingeschreven bent. Om uw aanmelding af te ronden komt u opnieuw bij de assistente langs met een geldig legitimatiebewijs ter inzage.

Meer informatie kun u vinden op onze website: www.meidoorn.info