

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 : _____
Verzekeringnr. : _____
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, 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?

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beroerte of hersenbloeding | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Astma, COPD | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychische ziekten | Bij wie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kanker, soort kanker | Bij wie: _____ |

WERK/STUDIE:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ik heb betaald werk | als : | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben werkloos | sinds : | _____ mijn werk was : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik ben arbeidsongeschikt | sinds : | _____ mijn werk was : _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik studeer, studierichting | : | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik zit op school | naam school : | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ik doe vrijwilligers werk | als : | _____ |

Uitwisselen Medische gegevens:

Voor meer informatie: www.vzvz.nl

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

(Kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf toestemming te geven)

Uw Naam:

Uw Geboorte datum:

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