

**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\* : \_\_\_\_\_ \* het 4cijferige nummer op uw polis of verzekeringspas  
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?

- 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 zit op school
- 0 Ik doe vrijwilligers werk als : \_\_\_\_\_

## Uitwisselen Medische gegevens:

Voor meer informatie: [www.vzvx.nl](http://www.vzvx.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 geboortedatum:**

**Uw handtekening:**

Zou u uw vorige huisarts op de hoogte willen stellen van de inschrijving bij huisartsenpraktijk de Meidoorn? Wanneer u akkoord bent met de overdracht van uw medisch dossier uw vorige huisarts te verzoeken deze zo spoedig mogelijk beveiligd over te zetten naar HAP de Meidoorn?  
Hartelijk dank

Voor ons patiënten-portaal voor digitale afspraken, herhaalrecepten, inzien van uw medische gegevens en emailconsulten kunt u zich aanmelden nadat u door ons ingeschreven bent.

Meer informatie kun u vinden op onze website: [www.meidoorn.info](http://www.meidoorn.info)