

Registration form GP practice Westlandgracht

Data old GP must be filled in if the GP is in the Netherlands

Name old gp
Address
Phone number
Fax number

Patient data

Name patient
Address
Postcode
City
Telephone number
Date of birth
Insurance number
Health insurance
Social Security number
ID number/ passport /driving license
E-mail:
Pharmacist

Signature :

Date:

We would like to have your medical record from your former GP. If this is in holland you dont have to do anything.

Huisartsen Praktijk Westlandgracht
Westlandgracht 91
1058 TR Amsterdam
T: 020-6158287
F: 020-6173263
info@huisartsenwestlandgracht.nl

Please fill in the back of this form

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

MIJN GEGEVENS *Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
E-MAIL:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM:
ADRES:
POSTCODE EN PLAATS:

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.

Medical history

Surname:

Initials:

M/F

Name :

Date of birth:

I asked the previous doctor if he or she wants to send the medical records, or i will get it myself.

What is the reason you want to change to an other practice ?

FAMILY SITUATION:

married, cohabit , single, otherwise:

Children :

WORKING SITUATION:

Profession:

How many hours do you work a week?

Yes No

Are you on welfare?

DISEASES:

DID/ DO YOU HAVE COMPLAINTS OF?

Yes No

Heart/vascular disease?

Yes No

Pneumopathy? (asthma, tuberculosis, chronic bronchitis)

Yes No

Burnout or depression?

Yes No

Hepatitis or enteropathy?

Yes No

Permanent joint pain?

Yes No

Thyroid complaints?

Yes No

Other serious diseases. Which?

Yes No

Sexually transmitted disease

Yes No

Surgery?

What kind?:

When did this take place?:

yes No

Are you in care of any kind of specialist?

Yes No

Do you use medicine?

What kind?:

Yes No

Are you sensitive to anything?

Please clarify:

Yes No

Do you u drink alcohol?

How much drinks a day?

Yes No

Do you use any kind of drugs?

Please explain?

Yes No

Have you ever been a victim of violence?

Sure name:

date of birth:

HEALTH RISK'S

Smoking:

Yes

How much:

How many years?

Never

Before

When did you stop?

Weight : kg

Length : cm

DID/ DO YOU HAVE COMPLAINS OF:

Yes No

Sugar disease?

Yes No

High Cholesterol?

Yes No

High blood pressure?

WHICH DISEAS RUNS IN THE FAMILY AND WHO?

Yes No

Sugar diseas:

Yes No

High blood pressure:

Yes No

Heart/vasculair disease:

Yes No

Cerebral stroke or cerebral hemorrhage:

Yes No

Asthma or Pneumopathy:

Yes No

Mental illness:

Yes No

Cancer:

Yes No

Other diseases:

For women older then 30 years::

When was the last time that you did a pap smear exam?

That was years ago

P.S. When you make an appointment for the doctor with the assistant, she will ask you the reason why. The reason is that she needs to evaluate how much time she has to reserve for your appointment, due the urgent of the complaint.