

Inschrijfformulier Huisartsen Westlandgracht

Naam oude huisarts	
Adres huisarts	
Telefoon nummer:	
Fax nummer:	
Hierbij geef ik toestemming om mijn dossier op te vragen	Datum: Handtekening:

Naam patiënt
Straat
Postcode + Woonplaats
Tel.nr
E-mail adres
Geboortedatum
Verzekerdnummer
Zorgverzekeraar
BSN nr
ID Nummer
paspoort/ ID-kaart / rijbewijs (door halen wat niet van toepassing is)
Apotheek

Handtekening

Datum

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

Graag ook andere kant invullen

JA

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

NEE

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

GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM:

Apotheek
 Huisarts

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.

Medische voorgeschiedenis

Voorletters:.....M/V

Naam:

Geb. datum:

contactpersoon- in geval van nood-

telefoonnummer:.....

Waarom bent u veranderd van huisarts? O verhuizing O Anders,.....

GEZINSSITUATIE

O gehuwd, O samenwonend, O Alleenstaand, O Anders:

Aantal kinderen:

WERKSITUATIE

Wat voor beroep heeft u?.....

Werkt u O fulltime, O parttime

Bent u gelukkig met uw werk?

ZIEKTE		WANNEER?
Hart- of vaatziekten?	O Ja O Nee	
Hoge bloeddruk?	O Ja O Nee	
Hoog cholesterol?	O Ja O Nee	
Suikerziekte?	O Ja O Nee	
Longziekten? (astma,tbc,chronische bronchitis)	O Ja O Nee	
Overspanning of depressie?	O Ja O Nee	
Lever- of darmziekten?	O Ja O Nee	
Aanhoudende gewrichtsklachten?	O Ja O Nee	
Schildklierziekten?	O Ja O Nee	
Andere ernstige ziekten. Welke?:	O Ja O Nee	
SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen)	O Ja O Nee	
Bent u onder behandeling van een specialist?	O Ja O Nee	
Bent u ooit slachtoffer geweest van geweld?	O Ja O Nee	
Bent u ergens overgevoelig of allergisch voor?	O Ja O Nee	
Gebruikt u geneesmiddelen?	O Ja O Nee	WELKE?
Heeft u operaties ondergaan? Welke?	Wanneer?	

Graag ook andere kant invullen

Naam:

geb datum:

GEZONDHEIDSRISICO'S:

ROOKT U?

O Ik heb nooit gerookt

O Vroeger heb ik gerookt

- Wanneer bent u gestopt met roken ?.....jaar geleden

Hoeveel jaar rookte u?.....jaar

O Ja, hoeveel per dag:.....

Hoeveel jaar rookt u al:.....jaar

Zou u op korte termijn willen stoppen met roken?

Ja Nee

In onze praktijk is een praktijkondersteuner aanwezig om u te begeleiden met stoppen met roken.

DRINKT U ALCOHOL?

Nee

Ja, ik drinkper week/per dag (doorhalen wat niet van toepassing is)

GEBRUIKT U DRUGS?

Nee,

Ja, welke drugs?

Ik gebruik (soort drugs invullen)

Ik gebruik.....per week/per dag

Voor Vrouwen ouder dan 30 jaar:

Wanneer heeft u voor het laatst een uitstrijkje laten maken?	Langer dan 5 jaar geleden? Vraag dan een formulier aan bij het bevolkingsonderzoek bereikbaar op : 020-4096699
--	--

BMI

Lengte		Cm
Gewicht		Kg

WELKE AANDOENINGEN KOMEN ER IN UW FAMILIE VOOR EN BIJ WIE?

Ziekte		Bij wie van de familie?
Suikerziekte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Hoge bloeddruk	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Hart of vaatziekten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Beroerte of hersenbloeding	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Astma of longziekte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Psychische aandoening	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Kanker	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Andere ziektes:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	

P.S. wanneer u in het vervolg telefonisch een afspraak maakt kan de assistente u vragen waarvoor u komt. Dit doet zij onder andere om met u te kunnen bekijken hoe veel tijd zij voor uw afspraak moeten reserveren. Of om te zien of uw vraag telefonisch afgehandeld kan worden of dat het een visite moet worden.