|  |
| --- |
| Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij onze apotheekhoudende huisartsenpraktijk. Wilt u alleen een adreswijziging doorgeven dan kan dat ook op dit formulier.Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. |

Bovenkant formulier

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| **Inschrijfdatum in praktijk** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Meisjesnaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw   |
| **BSN** |  |
| **Beroep** |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Aantal gezinsleden** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| **Adresgegevens** |
| **Straatnaam** |  |
| **Huisnummer** |  |
| **Postcode** |  |
| **Woonplaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Mobiel** |  |
| **E-mail** |  |
| **Identificatiecode****SVP Legitimatiebewijs****Verifiëren** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| **Verzekeringsgegevens** |
| Indien u de eerste keer de huisarts bezoekt, neemt u dan altijd uw verzekeringspapieren mee. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam verzekeraar** |  |
| **Polisnummer** |  |
| **Verzekering begindatum** |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Naam (huisarts)** |  |
| **Adres (huisarts)** |  |
| **Plaats (huisarts)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Belangrijk: geef zelf aan uw huidige huisarts toestemming uw dossier te versturen!** |   |
| **Vorige apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam apotheek** |  |
| **Adres apotheek** |  |
| **Plaats apotheek** |  |

**Wilt u een Actueel Medicatie Overzicht(AMO) meebrengen van u vorige apotheek.****Belangrijke gegevens / Opmerkingen** |
| Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.) |  |
|   |   |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medische Anamnese**

|  |
| --- |
| **Bent u ergens allergisch voor?** |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nee  | Ja  |

|  |
| --- |
| Zo ja, waarvoor? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bijen- of wespensteek: | Nee  | Ja  |

|  |  |
| --- | --- |
| Overige: |  |

|  |
| --- |
| **Gebruikt u medicijnen?**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nee  | Ja  |

|  |
| --- |
| Zo ja, welke? |

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

|  |
| --- |
|   |
| **Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?***(zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)*  |
|   |
|  |
|   |

|  |
| --- |
| **Heeft u een chronische ziekte?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nee  | Ja, namelijk:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Diabetes | Epilepsie |
| Schildklierziekte | Astma |
| Hoge bloeddruk  | COPD |
| Hart- of vaatziekte  | Anders, nl:  |

|  |
| --- |
| **Bent u wel eens geopereerd?**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nee  | Ja |

|  |
| --- |
| Zo ja, waaraan en wanneer?  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jaar: | Reden: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis, anders dan voor een operatie?**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nee  | Ja |

|  |
| --- |
| Zo ja, waarvoor en wanneer?  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jaar: | Reden: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rookt u?** |  |  |
| Nee Ja ……… Sigaret/Sigaretten per dag |  |  |
| Gestopt van ………………………… t/m ………………………… |  |  |
|   |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Drinkt u alcohol?**  |   |
| Nee Ja ……… Glazen per week |

|  |  |
| --- | --- |
|  Bier / wijn / anders (haal door wat niet van toepassing is) |  |

|  |
| --- |
| Bent u of is iemand in uw omgeving bezorgd om uw alcohol gebruik? |
| Nee Ja  |
|   |
| **Gebruikt u drugs?** |
| Nee Ja, namelijk:  |
|  |
|  |
| **Wat is u gewicht?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Kg: ……………… | Lengte: …………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Ben u hier tevreden mee? | Nee Ja |
|   |  |

|  |
| --- |
| **Komen er in uw familie ziekten voor?** |
| Nee Ja, namelijk: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Astma/AllergieënGewrichtsklachtenHoge bloeddrukHoog cholesterolSuikerziekteHartziektenStollingsstoornissen | Hoofdpijn/MigraineEpilepsieBeroertesSchildklierziekteTuberculoseLongziektenMaagzweer | GalblaasproblemenLeverziektenNierziektenKanker, namelijk ……Psychische ziektenAlcohol/DrugsmisbruikOverig …… |

 |

**Toestemming uitwisseling medische gegevens (OPT-IN)**

Wilt u op dit formulier tevens aangeven of u toestemming wilt verlenen voor de uitwisseling van uw medische gegevens tussen de huisartsenpost, het ziekenhuis en andere(dienst)apotheken? Door deze uitwisseling kunnen in onverwachte (nood)situaties hulpverleners belangrijke medische informatie van u raadplegen.

O **Ja, ik ga akkoord** met het beschikbaar stellen van mijn medisch gegevens

O **Ja, dit geldt ook voor mijn partner en overige gezinsleden**
O **Nee, ik ga niet akkoord**

**Door ondertekening van dit formulier geeft u ons toestemming de medische gegevens bij u vorige huisarts op te vragen.**

Naam:

Datum:

Handtekening:

Onderkant formulier