**Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Heino**

Met dit inschrijfformulier schrijft u zich in bij onze praktijk. Graag bij uw vorige huisarts aangeven dat u zich wilt uitschrijven.
Er volgt een kennismakingsgesprek zodra het dossier van de vorige huisarts binnen gekomen is, in dit gesprek kan dit formulier een leidraad zijn.
Geeft u aan als u geen gebruik wilt maken van het kennismakingsgesprek. Onze voorkeur gaat er echter naar uit dit wel te laten plaatsvinden.

Persoonsgegevens
Achternaam\*                                                                    ................................
Meisjesnaam                                                                    ................................
Voorletters                                                                       .........
Roepnaam\*                                                                      ................................
Geboortedatum\*                                                              ..-..-....
Geboorteplaats                                                                 ................................
Geslacht\*                                                                           Man 0 Vrouw 0
Beroep                                                                              ................................
Burgerlijke staat                                                               ................................
Adresgegevens                                                                  ................................
Straatnaam\*                                                                      ................................
Huisnummer\*                                                                   .....
Postcode\*                                                                         .... ..
Woonplaats\*                                                                     ................................
Telefoonnummer\*                                                            ................................
Mobiel                                                                               ................................
E-mail\*                                                                              ...............@.............

Verzekeringsgegevens en BSN-Nummer
Naam zorgverzekeraar\*                                                   ................................
Verzekeringsnummer\*                                                     ................................
Verzekering begindatum\*                                                ..-..-....
Burger Service Nummer\*                                                ................................

Gegevens vorige huisarts/huisarts op uw andere woonadres
Naam
Adres
Woonplaats
Telefoonnummer
E-mail
Gegevens vorige apotheek/apotheek op uw andere woonadres
Naam
Woonplaats
Telefoonnummer
E-mail

**Medische gegevens**
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?
Geneesmiddel en/of hulpstof Bijwerking

................................
................................

Gebruikt u medicijnen? Ja /Nee
Naam geneesmiddel Hoeveel mg Gebruik
................................
................................
................................

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?
(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

................................

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?
Welk geneesmiddel geeft problemen? Welk probleem heeft u?

................................
Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen? Ja/Nee

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?

Bij u/ In uw familie
................................

Suikerziekte Ja/Nee Ja/Nee
Hart/vaatziekte Ja/Nee Ja/Nee
Nierziekte Ja/Nee Ja/Nee
Hoge bloeddruk Ja/Nee Ja/Nee
Astma of COPD Ja/Nee Ja/Nee
Epilepsie Ja/Nee Ja/Nee

Andere ziekten Bij u In uw familie
................................

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor? Ja/Nee
Zo ja, welke
................................

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja/Nee

Bent u onder behandeling van een specialist? Ja/Nee
Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis
................................

Bent u wel eens geopereerd? Ja/Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?
................................

Heeft u ooit een ongeval gehad? Ja/Nee
Zo ja, wanneer,
................................

Zijn er blijvende gevolgen?

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.
Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven
................................................................
................................................................
................................................................

Wie wordt uw nieuwe huisarts?
Dhr. de Wilde
Dhr. Kuperus
Mevr. Hofma
Dhr. Jansen

Ik wil graag een afspraak voor een kennismakingsgesprek Ja/Nee

Zijn er nog andere personen die ook op dit woonadres ingeschreven zijn of gaan wonen?

Naam: Geboortedatum:
................................ ................................
................................ ................................
................................ ................................

Wilt u ook ingeschreven worden bij de apotheek in Heino, dan kunnen wij dit voor u doen.

Ja/Nee

Ik ga akkoord met het opvragen van mijn gegevens bij mijn vorige huisarts.
Ja / Nee

Datum Handtekening

Wilt u ook het toestemmingsformulier(hieronder) voor het LSP invullen en deze hele pagina printen en meenemen naar de praktijk? Met een kopie van uw paspoort, rijbewijs of ID bewijs.

