**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.

