

Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Dr. A.P. Baars

Hierbij bevestig ik dat ik mij per _____ (datum) inschrijf als nieuwe patiënt in de praktijk van Dr. Baars.

U dient er zelf voor dat de zorgen dat u uitgeschreven wordt bij uw vorige huisarts, en dat uw medisch dossier bij ons terecht komt.

Dit formulier kan eventueel gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties.

Gegevens huisarts

Naam huisarts : Mw.A.P. Baars

Adres praktijk : Ligt 1 A, 5503 CA Veldhoven

Onderstaande patiënt(e) verklaart bij dokter A.P. Baars in haar praktijk op naam te zijn ingeschreven.

Gegevens patiënt

Achternaam + voorletter(s):

Adres:

Postcode + Woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer privé:

Werk:

Mobiel:

Geboorteplaats/land:

Beroep:

Naam apotheek:

Verzekerdnummer:

Zorgverzekeraar :

BSN nummer:

Naam en adres vorige huisarts:

Handtekening patiënt(e) / voogd:

Datum:

NB Graag 1 formulier per persoon invullen. Vergeet u geen handtekening te zetten.. Wilt u zelf een kopie van een geldig identiteitsbewijs toevoegen?

1) Heef u ooit klachten (gehad) van:

- 0 suikerziekte
- 0 longziekte (astma, COPD, TBC)
- 0 hoge bloeddruk
- 0 hart -of vaatziekten
- 0 lever -of darmziekten
- 0 aanhoudende gewrichtsklachten
- 0 schildklierziekten
- 0 geslachtsziekten (SOA)
- 0 overspanning, depressie of angsten
- 0 eetstoornis
- 0 andere ernstige ziekten, namelijk _____

2) Welke ziekten komen er in uw familie voor en bij wie?

- 0 suikerziekte _____
- 0 hoge bloeddruk _____
- 0 hart -en vaatziekten _____
- 0 beroerte of hersenbloeding _____
- 0 astma/COPD _____
- 0 nierziekten _____
- 0 psychische ziekten _____
- 0 kanker (s.v.p. soort vermelden) _____

- 3) Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? Ja/Nee**
Zo ja, welk specialisme _____
- 4) Heeft u ergens een overgevoeligheid (allergie) voor? Ja/Nee**
Zo ja, waarvoor _____
- 5) Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad? Ja/Nee**
Zo ja, wat is de reden _____
- 6) Heeft u ooit ene groot ongeluk gehad? Ja/Nee**
- 7) Heeft u ooit een operatie (ingreep) gehad? Ja/Nee**
Zo ja, waarvoor _____
- 8) Rookt u? Ja/Nee**
- 9) Gebruikt u drugs? Ja/Nee**
- 10) Hoeveel glazen alcohol drinkt u gemiddeld per week? _____**
- 11) Is bij u ooit een Aidstest (HIV-test) gedaan? Ja/Nee**
- 12) Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld? Ja/Nee**
Zo ja, in welk jaar _____
- 13) Gebruikt u geneesmiddelen? Ja/Nee**
Zo ja, s.v.p. hieronder het schema invullen

Naam medicijn	Sterkte	Dosering

Voor vrouwen:

- 1) **Is er ooit een uitstrijkje gemaakt van de baarmoedermond i.v.m. het opsporen van baarmoederhalskanker?** **Ja/Nee**
- 2) **Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt?** **Ja/Nee**