

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Bredasingel

Bredasingel 54, 6843 RE Arnhem Tel: 026-3815159

Welkom als nieuwe patiënt in onze praktijk.

Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, is dit formulier ontwikkeld, waarop u de meest relevante gegevens over uw gezondheid (of die van uw kinderen) kunt invullen. Dit formulier wordt in uw elektronisch medisch dossier opgeslagen. De ingevulde gegevens op het formulier vallen onder het beroepsgeheim voor alle medewerkers.

Wij hebben per inschrijving inzage nodig in uw ID-kaart of paspoort.

Neemt u deze mee naar de praktijk als u dit formulier komt afgeven.

*Voor kinderen vanaf 16 jaar vult u zijn/haar persoonlijke mobiele nr. en e-mailadres in.

Datum aanmelding: _____

Achternaam, voorletters: _____ **Roepnaam** _____

Geboortedatum: _____ **Geslacht: M / V**

Adres: _____

Postcode _____ **Woonplaats:** _____

Tel. no thuis _____ **Mobiel*:** _____

E-mail: _____

Burger service nr. (BSN) _____

Paspoort/ID-kaart/Rijbewijs Nr: _____

Heeft u en ziektekostenverzekering: Ja/ Nee*

*Bent u niet verzekerd dan rekent u uw huisartsenbezoek vooraf contant af.

Apotheek (inschrijving bij uw nieuwe apotheek kunt u alleen zelf doen) _____

Naam+ woonplaats vorige huisarts: _____

- ☐ **JA**, ik geef toestemming aan mijn vorige huisarts om mijn medisch dossier te versturen.
- ☐ **JA**, ik geef toestemming om noodzakelijk medische gegevens te delen met andere zorgaanbieders, zoals huisartsen, ziekenhuizen en andere medische specialistische instellingen en apotheken, als dat voor mijn behandeling nodig is. (**www.mijnmitz.nl**)

Kinderen vanaf 16 jaar, handtekening kind:

Handtekening patiënt/voogd/ouder:

Medische voorgeschiedenis:

LIJDT U AAN EEN ZIEKTE/AANDOENING OF HEEFT U IN HET VERLEDEN EEN ZIEKTE/AANDOENING DOORGEMAAKT?

Zo ja, welke en vanaf welk jaar?

BENT U OOI GEOPEREERD?

Zo ja, waaraan en in welk jaar?

Huidige medicatie:

GEBRUIKT U MEDICIJNEN?

Zo ja, welke en met welke sterkte en dosering?

Intoxicaties:

ROOKT U?

Zo ja, hoeveel sigaretten rookt u per dag?.....

HEBT U OOI GEROOKT, MAAR BENT U GESTOPT?

Zo ja, in welk jaar was u begonnen en in welk jaar bent u gestopt?.....

Drinkt u alcohol?

Zo ja, hoeveel glazen alcohol drinkt u gemiddeld per week?.....

BENT U ALLERGISCH VOOR MEDICIJNEN OF HEBT U EEN ANDERE ALLERGIE?

Zo ja, welke allergie en met welke allergische reactie en sinds welk jaar?

Familieanamnese:

KOMEN ER IN UW FAMILIE BEPAALDE ZIEKTEN/AANDOENINGEN VOOR DIE VOOR HET 60st LEVENSJAAR ZIJN BEGONNEN?

Zo ja, welke ziekten/aandoeningen bij welk familielid vanaf welke leeftijd?

Belangrijke extra informatie:

IS ER NOG AANVULLENDE INFORMATIE DIE VAN BELANG IS VOOR UW GEZONDHEID?

Zo ja, dan kunt u het hier invullen of aanvinken.

- ☐ Astma
- ☐ Diabetes
- ☐ COPD
- ☐ Hypertensie (hoge bloeddruk)