

Intakeformulier nieuwe patiënt

Door ass. in te vullen: BSN / COV / WID / VERGEWIST / ION / MgN / HH

VOOR IEDER GEZINSLID EEN APART INTAKE FORMULIER INVULLEN EN EEN KOPIE VAN ZORGVERZEKERINGSPAS ERBIJ INLEVEREN (geldig ID bewijs meenemen of kopie toevoegen bij inleveren formulieren)

Persoonsgegevens	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	

Adresgegevens	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel nummer :	
E-mail adres:	

Verzekeringsgegevens / BSN-nummer / nummer ID bewijs	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
BurgerServiceNummer:	
ID bewijs en nummer:	Rijbewijs / paspoort / ID kaart (omcirkel het soort bewijs) Nummer:

Gegevens vorige huisarts en apotheek op uw andere woonadres:	
Naam huisarts:	
Adres:	

Woonplaats:	
Apotheek: naam/woon- plaats:	

Gegevens huidige apotheek:	
Inschrijven apotheek Nispen:	Ja / Nee
Gewenste apotheek:	

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 : Graag een actueel medicatieoverzicht toevoegen van uw vorige apotheek aan het inschrijfformulier. - Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

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	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

Bent u onder behandeling van een specialist?	• Ja • Nee
Bent u wel eens geopereerd?	Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis • Ja • Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?	

Heeft u ooit een ongeval gehad?	• Ja • Nee
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:	

Leefstijl		
Roekt u?	• Ja • Nee	Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?
Gebruikt u alcohol?	• Ja • Nee	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
Gebruikt u drugs?	• Ja • Nee	Zo ja, welke

Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.	
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	• Ja • Nee
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	• Ja • Nee
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	• Nee, nooit • Nee, tenzij • Ja, altijd, geen bewaar tegen uitwisseling • Ja, onder voorbehoud
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners: Toestemming voor LSP, zie onze website voor meer informatie.	• Nee, nooit • Nee, tenzij • Ja, altijd: geen bezwaar tegen uitwisseling • Ja, onder voorbehoud

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.

Datum

Handtekening.....

Voordat u bij ons ingeschreven kunt worden dient u zich afgemeld te hebben bij uw vorige huisarts !

Heeft u zich afgemeld bij uw vorige huisarts : Ja / Nee