**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   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 |
| 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** | | |
| **Rookt 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**