**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**