

# Inschrijfformulier huisartsenpraktijk gezondheidscentrum de Roerdomp



Datum: .....

## Administratieve gegevens

Naam: ..... Voorletters: ..... M/V  
Geboortedatum: ..... Geboorteplaats/land: .....  
Adres: ..... Postcode: .....  
Telefoon thuis: ..... Werk/Mobiel: .....  
Verzekeraar: ..... Verzekeringsnummer: .....  
Burger Service Nummer/ Sofinummer: .....

Emailadres: .....

Wilt u bij aanmelden/inschrijven uw geldige verzekeringsbewijs en identiteitsbewijs meenemen, ook van eventuele overige gezinsleden?

Apotheek: .....

Vorige huisarts: ..... te.....  
(Vergeet niet uw medische gegevens bij de vorige huisarts op te vragen)

Reden van inschrijving: .....

Wilt u dat uw medische gegevens worden aangemeld bij het LSP en zo opvraagbaar worden gemaakt door andere hulpverleners in de zorg?

- Ja  
 Nee  
 Weet nog niet

Voor meer informatie over het LSP zie [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl) of haal de folder in het GHC.

Eventueel contactpersoon in geval van nood: .....

## Gezins- /Woonverband

- alleenwonend  
 samenwonend met: .....  
 gehuwd met: .....  
 gescheiden sinds: .....  
 weduwe/weduwnaar sinds: .....

## Heeft u kinderen?

- Nee  
 Ja, thuiswonend, aantal: ...  
 Ja, uitwonend, aantal: ...

## Werk

- ik heb werk als: .....  
 ik ben werkeloos sinds: ..... mijn werk was: .....  
 ik ben arbeidsongeschikt sinds: ..... mijn werk was: .....  
 ik studeer studierichting: .....  
 ik ben gepensioneerd



**Zijn er vanuit uw geloofsovertuiging zaken waar wij medisch gezien rekening mee moeten houden?**

- Nee  
 Ja, namelijk: .....

Om uw medisch dossier goed in te kunnen richten willen we u een aantal dingen vragen, die betrekking hebben op uw medische voorgeschiedenis:

**Gezondheid en ziekten**

Heeft u klachten (gehad) van:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> suikerziekte        | <input type="checkbox"/> depressie of angsten | <input type="checkbox"/> schildklierziekten        |
| <input type="checkbox"/> longziekte          | <input type="checkbox"/> eetstoornissen       | <input type="checkbox"/> huidaandoeningen          |
| <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk      | <input type="checkbox"/> lever of darmziekten | <input type="checkbox"/> nierziekten               |
| <input type="checkbox"/> hart-of vaatziekten | <input type="checkbox"/> gewrichtsklachten    | <input type="checkbox"/> overspannenheid           |
| <input type="checkbox"/> geslachtsziekten    | <input type="checkbox"/> immuun stoornissen   | <input type="checkbox"/> andere ziekten, namelijk: |

.....

Toelichting: .....

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?**

- Nee  
 Ja, specialisme: ..... Ziekte: .....

**Zijn er belangrijke medische gebeurtenissen in uw voorgeschiedenis geweest, zoals ernstige ziektes en operaties?**

- Nee  
 Ja, namelijk (Graag aangeven in welk jaar u wat heeft meegemaakt? Eventueel kunt u het ook op de achterkant schrijven.)

.....  
.....  
.....

**Gebruikt u geneesmiddelen?**

- Nee  
 Ja, namelijk: .....

(medicijnoverzicht bijvoegen)

**Bent u overgevoelig (allergisch)?**

- Nee  
 Ja voor:  
 Geneesmiddelen, namelijk: .....  
 Jodium/pleister/lidocaïne (verdovingsmiddel): .....  
 Bepaald eten of drinken, namelijk: .....  
 Andere stoffen, namelijk: .....

**Donor codicil**

Heeft u een donorcodicil?

- nee  
 ja, .....

(aub inhoud ervan noteren of een kopie toevoegen.)



### Ziekten in de familie

Welke ziekten komen er bij uw ouders, broers of zussen voor?

- suikerziekte bij wie: .....
- hoge bloeddruk bij wie: .....
- hoog cholesterol bij wie: .....
- hart en vaatziekte onder de 65 jaar bij wie: .....
- beroerte of hersenbloeding onder de 65 jaar bij wie: .....
- longziekte (astma of COPD) bij wie: .....
- nierziekte bij wie: .....
- psychische ziekte bij wie: ..... Aard van de ziekte: .....
- kanker bij wie: ..... Soort kanker: .....
- andere ziekte bij wie: ..... Welke aandoening:.....

**De volgende vragen zijn optioneel:**

Vul ze in als u denkt dat het van belang is voor de volledigheid van uw medisch dossier.

### Rookt u?

- Nooit gedaan.
- Gestopt na ..... jaren gemiddeld ..... sigaretten/sigaren per dag gerookt te hebben.
- Ja. Gemiddeld aantal sigaretten per dag: ..... sinds ongeveer ..... jaar

### Gebruikt u regelmatig alcohol?

- Nee
- Ja. Gemiddeld aantal eenheden per dag: .....

**Bent u ooit slachtoffer geweest van lichamelijk / geestelijk / seksueel\* geweld.**

(\* doorhalen wat niet van toepassing is)

- Nee
- Ja

### Heeft u een afhankelijkheid van:

- medicatie
- drugs
- iets anders, nl:.....

### Voor vrouwen:

Is er ooit een mammografie (röntgenfoto van de borsten) gemaakt?

- Nee
- Ja, datum .....  
Uitslag.....

**Gebruikt u anticonceptie door de huisarts voorgeschreven?**

- Nee
- Ja,
- Orale anticonceptie, .....( welke invullen)
  - Prikpil, laatste keer gekregen op .....(datum invullen)
  - Spiraal, Mirena/koper (doorhalen wat niet van toepassing is)  
geplaatst op ..... (datum invullen)

Hierbij geef ik toestemming voor het opvragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts

Hierbij geef ik toestemming mijn mailadres te gebruiken om praktijkgegevens, zoals bijvoorbeeld onze nieuwsbrief, naar u te mogen verzenden Nee Ja

Handtekening:

Datum

**Geef het ingevulde formulier af bij de balie van het gezondheidscentrum, met vertoon van een geldig legitimatiebewijs en verzekeringsbewijs**

