

Huisartsen Hoflaan
Hoflaan 1
1241 XL Kortenhoef
035 – 656 1616
www.huisartsenhoflaan.nl

W.M.D. Blokhuis
E.C. Luderhoff
M.H.M. Stam
M.E. Soeters

INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIENTEN

Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt is het belangrijk dat we snel en volledig inzicht in uw gezondheidstoestand hebben. Daarom vragen we u dit formulier voor elk gezinslid in te vullen en bij de assistente in te leveren.

NB: men dient zich persoonlijk aan de balie te identificeren en dit formulier te ondertekenen!

Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts vragen uw medische gegevens aan ons te sturen? Wij vinden het prettig dat er een kennismakingsgesprek plaatsvindt, u kunt daarvoor een afspraak bij de assistente maken. Graag willen wij u attenderen op de site: www.thuisarts.nl/kennismakingsgesprek-met-huisarts voor eventuele aandachtspunten in het gesprek met uw huisarts.

Algemene gegevens:

<u>Familienaam:</u>	man / vrouw
Namen (evt. roepnaam) :	
Geboortedatum:	geboorteplaats:
Adres :	Postcode/plaats:
E-mailadres :	
BurgerServiceNummer :	
Identificatiebewijs : (<i>niet zelf invullen</i>)	nummer :
Telefoonnummer: 06 :	
Burgerlijke staat : gehuwd ongehuwd samenwonend gescheiden	
Evt. kerkgenootschap/overtuiging :	
Naam zorgverzekeraar :	verz.nummer:
Uzovicode : (indien bekend)	
Naam vorige huisarts :	
Adres en woonplaats :	tel.nr. :
E-mailadres vorige huisarts :	

Hierbij verklaar ik als patiënt in de praktijk van de Huisartsen Hoflaan te Kortenhoef te zijn ingeschreven:

Kortenhoef, (datum)
Naam:
Handtekening: (bij minderjarigen ouders of voogd)

Elektronisch uitwisselen van medische gegevens :

Vindt u het goed dat andere zorgverleners (bv. huisartsenpost Blaricum, apotheek) uw belangrijkste medische gegevens elektronisch kunnen inzien als dat nodig is voor uw behandeling?

0 ik ga akkoord

0 ik ga niet akkoord

Medische gegevens :

Bent u allergisch (bijv. medicijnen?)

0 nee

0 ja, namelijk voor:

Rookt u? 0 nee

0 ja sinds

sigare(tte)n per dag

Gebruikt u alcohol? 0 nee

0 ja

consumpties per dag

Krijgt u een griepvaccinatie?

0 nee

0 ja wegens

Komen de volgende (erfelijke) ziekten voor?

	Bij u	of	in uw familie, nl. bij
Suikerziekte	nee/ja		nee/ja
Hart/vaatziekte	nee/ja		nee/ja
Nierziekte	nee/ja		nee/ja
Hoge bloeddruk	nee/ja		nee/ja
Epilepsie	nee/ja		nee/ja
COPD of Astma	nee/ja		nee/ja
Verhoogd cholesterol	nee/ja		nee/ja
Kanker	nee/ja		nee/ja
Psychische stoornis	nee/ja		nee/ja

Andere belangrijke ziekten:

(Evt. op de achterkant verder invullen...)

Wordt u behandeld door een specialist? 0 nee

0 ja

Zo ja, door wie en waarvoor:

Belangrijke operaties ondergaan 0 nee

0 ja

Zo ja, welke, in welk jaar?

Ooit een ongeval gehad? 0 nee

0 ja

Zo ja, wat, wanneer, zijn er blijvende gevolgen?