

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK BRANDEVOORT

BLOK 1 - PERSOONSgegevens

Voorletters	
Voorna(a)m(en)	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode en plaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Zorgverzekering bij	
Polisnummer	
Apotheek	
Vorige huisarts naam	
Vorige huisarts plaats	

Gaat u akkoord met het uitwisseling van uw medische gegevens met andere zorgverleners?	Ja / Nee
Gaat u akkoord met het gebruik van uw e-mailadres en telefoonnummer voor berichtgeving?	Ja / Nee

Handtekening	
--------------	--

BLOK 2 - SAMENSTELLING HUISHOUDEN

Woonverband (doorhalen wat niet van toepassing is)	Alleenstaand / Samenwonend / Gehuwd / Gescheiden / Weduwe of weduwnaar
Naam evt. partner	

Heeft u kinderen?	Ja / Nee
Ga voor de gegevens van de kinderen naar Blok 6	

BLOK 3 - WERK OF STUDIE

Werkt u?	Ja / Nee
Wat is uw beroep?	
Indien nee, sinds werkt u niet meer?	
Studeert u?	Ja / Nee
Wat studeert u?	

BLOK 4 - GEZONDHEID EN ZIEKTE

Heeft u ooit klachten (gehad) van: (vink aan)	
	Suikerziekte
	Longziekte (astma, CARA, bronchitis, TBC)
	Hoge bloeddruk
	Hart- en vaatziekte
	Overspanning / Burn out
	Depressie of angsten
	Lever- en darmziekte
	Geslachtsziekte
	Aanhoudende gewrichtsklachten
	Schildklierziekte
	Andere ernstige ziekte, namelijk:

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?	Ja / Nee
Zo ja, specialisme?	
Zo ja, ziekte?	

Gebruikt u geneesmiddelen?	Ja / Nee
Zo ja, welke, incl. dosering?	

Bent u ergens overgevoelig of allergisch voor?	Ja / Nee
Zo ja, geneesmiddelen?	
Zo ja, voedingsmiddelen?	
Zo ja, overig?	

Heeft u het afgelopen jaar een grieprik gehad?	Ja / Nee
Zo ja, wat was de reden?	

Heeft u ooit een groot ongeluk of een operatie of ingreep ondergaan? (vink aan)	
	Groot ongeluk, omschrijving:

	Ingrepen / Operaties, omschrijving:
	Opname ziekenhuis, omschrijving:

Welke ziekte komt er in de familie voor? (vink aan)	
	Suikerziekte, bij wie?
	Hoge bloeddruk, bij wie?
	Hart- en vaatziekte, bij wie?
	Beroerte of hersenbloeding, bij wie?
	Astma, CARA, bij wie?
	Nierziekten, bij wie?
	Psychische ziekten, wat en bij wie?
	Kanker, soort en bij wie?

Voor vrouwen	
Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt?	Ja / Nee
Zo ja, wanneer (jaar)?	
Zo ja, resultaat?	

Voor vrouwen	
Is er ooit een rontgenfoto van de borsten (mammografie) gemaakt?	Ja / Nee
Zo ja, wanneer (jaar)?	
Zo ja, resultaat?	

BLOK 5 - LEEFSTIJL

Rookt u?	Ja / Nee
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?	

Drinkt u alcohol?	Ja / Nee
Zo ja, hoeveel consumpties per week?	

Gebruikt u drugs	Ja / Nee
Zo ja, welke?	

Heeft u last van langdurige stress?	Ja / Nee
Zo ja, waardoor?	

BLOK 6 - KINDEREN

Kind 1 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	

Kind 2 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	

Kind 3 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	

Kind 4 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	

Kind 5 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	

Kind 6 - Naam	
Geboortedatum	
Woont dit kind bij u?	
Wilt u dit kind ook inschrijven in de praktijk? Ja / Nee	