

## Intakeformulier nieuwe patiënt

Door ass. in te vullen: BSN / COV / WID / VERGEWIST / ION

VOOR IEDER GEZINSLID EEN APART INTAKE FORMULIER INVULLEN EN EEN KOPIE VAN HET IDENTITEITSBEWIJS + ZORGVERZEKERINGSPAS ERBIJ INLEVEREN

<b>Persoonsgegevens</b>	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	

<b>Adresgegevens</b>	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel nummer :	
E-mail adres:	

<b>Verzekeringsgegevens en BSN-nummer</b>	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
BurgerServiceNummer:	

<b>Gegevens vorige huisarts en apotheek op uw andere woonadres:</b>	
Naam huisarts:	
Adres:	
Woonplaats:	

Apotheek: naam/woon- plaats:	
------------------------------------	--

<b>Gegevens huidige apotheek:</b>	
Inschrijven apotheek Nispen:	Ja / Nee
Gewenste apotheek:	

<b>Medische gegevens:</b>	
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:

<b>Gebruikt u medicijnen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja : Graag een actueel medicatieoverzicht toevoegen van uw vorige apotheek aan het inschrijfformulier.</li> <li>• Nee</li> </ul>	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

<b>Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?</b> (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

<b>Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?</b> 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? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
---

<b>Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?</b>		
	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Hart/vaatziekte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Nierziekte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Hoge bloeddruk:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Astma of COPD:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Epilepsie:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Andere ziekten:	Bij u:	In uw familie:

<b>Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, welke
---	---	--------------

<b>Krijgt u een griepvaccinatie?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

<b>Bent u onder behandeling van een specialist?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis
<b>Bent u wel eens geopereerd?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	
Zo ja, waaraan en wanneer?		

<b>Heeft u ooit een ongeval gehad?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
--	---

Zijn er blijvende gevolgen?
<b>Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.</b> Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

<b>Leefstijl</b>		
<b>Rookt u?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?
<b>Gebruikt u alcohol?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
<b>Gebruikt u drugs?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>	Zo ja, welke

<b>Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.</b> <b>Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.</b>	
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nee</li> </ul>
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee, nooit</li> <li>• Nee, tenzij</li>   <li>• Ja, altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling</li> <li>• Ja, onder voorbehoud</li> </ul>
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee, nooit</li> <li>• Nee, tenzij</li>   <li>• Ja, altijd: geen bezwaar tegen uitwisseling</li> <li>• Ja, onder voorbehoud</li> </ul>

**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**