



Inschrijfformulier

Ondergetekende verklaart dat hij / zij, met zijn / haar kinderen (indien van toepassing) is ingeschreven voor huisartsenzorg bij mevr. EAA van Rosmalen en dhr. WH van der Linden, huisartsen te Leimuiden, vanaf:

(Datum invoegen)

Persoonsgegevens	
Achternaam	
Meisjes naam	
Voorletters/roepnaam	
Geboortedatum	
Burgerservice nummer	
Geslacht	V / M
Burgerlijke staat	alleen / samenwonend / gehuwd/
Naam partner	wel/niet in praktijk
Beroep	

Adresgegevens	
Straat	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoon	mobiel: vast:
Email	

Verzekeringsgegevens en BSN	
Zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	

Gegevens vorige huisarts	
Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Email	

Gegevens vorige apotheek	
Naam	
Telefoonnummer	

NB. Graag kopie identiteitsbewijs + zorgpas toevoegen.



Medische gegevens opvragen of ter beschikking stellen aan andere zorgverleners:

- Nee nooit
 Nee tenzij:

 Ja altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling
 Ja onder voorbehoud:

NB kinderen vanaf 12 jaar moeten zelf ook toestemming geven en ondertekenen naast de toestemming en handtekening van de ouders.

Belangrijke gegevens / Opmerkingen

Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.)

Medische gegevens

Bent u ergens allergisch voor?

Nee Ja

Zo ja, waarvoor?

Medicijnen:

Voedingsmiddelen:

Bijen- of wespensteek: Nee Ja

Overigen:



Gebruikt u medicijnen?

- Nee Ja
Zo ja, welke?

Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?
(zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)

Heeft u een chronische ziekte?

- Nee Ja, namelijk:
- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suiker | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekte | <input type="checkbox"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Longemfyseem |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekte | <input type="checkbox"/> Anders, nl: |

Bent u wel eens geopereerd?

- Nee Ja
Zo ja, waaraan en wanneer?

Jaar:	Reden:



Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis, anders dan voor een operatie?

- Nee Ja

Zo ja, waarvoor en wanneer?

Jaar:	Reden:

Rookt u?

- Nee Ja sigaretten per dag
 Gestopt van t/m

Drinkt u alcohol?

- Nee Ja Glazen per week
Bier / wijn / anders (haal door wat niet van toepassing is)

Bent u, of is iemand in uw omgeving, bezorgd om uw alcohol gebruik?

- Nee Ja

Gebruikt u drugs?

- Nee Ja, namelijk:

Wat is uw gewicht?

Kg: Lengte:

Ben u hier tevreden mee? Nee Ja



Komen er in uw familie ziekten voor?

- Nee Ja, namelijk:
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma/Allergieën | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn/Migraine | <input type="checkbox"/> Galblaasproblemen |
| <input type="checkbox"/> Gewrichtsklachten | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Leverziekten |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Beroertes | <input type="checkbox"/> Nierziekten |
| <input type="checkbox"/> Hoog cholesterol | <input type="checkbox"/> Schildklierziekte | <input type="checkbox"/> Kanker, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Psychische ziekten |
| <input type="checkbox"/> Hartziekten | <input type="checkbox"/> Longziekten | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drugsmisbruik |
| <input type="checkbox"/> Stollingsstoornissen | <input type="checkbox"/> Maagzweer | <input type="checkbox"/> Overig |

Naam:

Datum:

Handtekening:

Graag nodigen wij u uit voor een kennismakingsgesprek. U heeft met dit formulier al veel medische gegevens aan ons doorgegeven, maar in een persoonlijk gesprek kunt u dit nog beter toelichten. Zodra de medische gegevens verwerkt zijn zal de assistente contact opnemen om een afspraak in te plannen.

Met vriendelijke groet,
E.A.A. van Rosmalen, huisarts
W.H. van der Linden, huisarts