



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
☐ Ja, altijd geen bezwaar tegen uitwisseling

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

Heeft u zich al aangemeld voor het patiënten portaal? Zie bijlage

- ☐ Ja ☐ Nee

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

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:
- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Suiker | ☐ Epilepsie |
| ☐ Schildklierziekte | ☐ Astma |
| ☐ Hoge bloeddruk | ☐ Longemfyseem |
| ☐ Hart- of vaatziekte | ☐ 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:

Komen er in uw familie ziekten voor?

☐

Nee

☐

Ja, namelijk:

☐

Astma/Allergieën

☐

Hoofdpijn/Migraine

☐

Galblaasproblemen

☐

Gewrichtsklachten

☐

Epilepsie

☐

Leverziekten

☐

Hoge bloeddruk

☐

Beroertes

☐

Nierziekten

☐

Hoog cholesterol

☐

Schildklierziekte

☐

Kanker, namelijk

☐

Suikerziekte

☐

Tuberculose

☐

Psychische ziekten

☐

Hartziekten

☐

Longziekten

☐

Alcohol/Drugsmisbruik

☐

Stollingsstoornissen

☐

Maagzweer

☐

Overig

Bent u op dit moment onder behandeling bij een specialist? Zo ja, geef in het ziekenhuis door dat u bent overgestapt naar een andere huisartsenpraktijk.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Het is mogelijk om een kennismakingsgesprek af te spreken. Als u hier behoefte aan heeft neemt u dan 1 week na inleveren van dit formulier contact op met de praktijk via nummer 0172-508269, of via info@huisartspraktijkdelinde.nl.

Met vriendelijke groet,

E.A.A. van Rosmalen, huisarts

W.H. van der Linden, huisarts