

Verklaring van inschrijving

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij zich bij de vorige huisarts heeft afgemeld en

per **… - … - …….**

als patiënt ingeschreven wil worden bij:

□ Dokter Akarsubasi

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens** |  |
| Voorletters | …………………… Roepnaam………………………………………………… M / V |
| Achternaam | …………………… Naam partner………………………………….…………………… |
| Geboortedatum | ……………………………………………………………………………………………… |
| BSN | ……………………………………………………………………………………………… |
| Straat + huisnr | ……………………………………………………………………………………………… |
| Postcode  Mobiel nr. | …….. \_ \_ Plaats: ……………………..  ……………………………………………………………………………………………… |
| E-mailadres | ……………………………………………………………………………………………… |
| Contactpersoon | Naam:….……………………………tel nr:………………………… relatie:……………… |
| Samenstelling huishouden | ……………………………………………………………………………………………… |
| Zorgverzekering | ……………………………………………………………………………………………… |
| Polisnummer | ……………………………………………….…………………...………………………… |
| Apotheek | □ Apotheek De Waag □ De Hofbraak |

Naam vorige huisarts ……………………………………………………………………………………….

Plaatsnaam & telefoonnummer ……..………………………………………………………………………

Plaats Datum Handtekening Handtekening ouders

………………….. …………… …………………….. ……………………… …..……………………

(vanaf 12 jaar) (bij kinderen tot 16 jaar)

**Lever dit formulier persoonlijk in, waarbij u uw legitimatie laat zien**

**Dit gedeelte wordt door de assistente ingevuld**

Controle middels Paspoort / Rijbewijs / ID- kaart / Vreemdelingendocument

Documentnummer:……………………………………………………..

Datum gecontroleerd: ……………..…………………………………… Paraaf assistente: ………………

**Naam: ……………………………………………………… Geboortedatum: …. - …. - ……..**

Vragenlijst medische gegevens

Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, is dit formulier ontwikkeld waarop u de belangrijkste gegevens over uw gezondheid (of die van uw kinderen) kunt invullen. Dit formulier wordt in uw elektronisch medisch dossier opgeslagen. De ingevulde gegevens op het formulier vallen onder het beroepsgeheim van alle medewerkers van onze praktijk.

**Heeft u:**

Suikerziekte ja / nee sinds …… (jaartal) 🡪 controles huisarts / POH / specialist

Hart- of vaatziekte ja / nee sinds …… (jaartal) 🡪 controles huisarts / POH / specialist

Hoge bloeddruk ja / nee sinds …… (jaartal) 🡪 controles huisarts / POH / specialist

Astma ja / nee sinds …… (jaartal) 🡪 controles huisarts / POH / specialist COPD ja / nee sinds …… (jaartal) 🡪 controles huisarts / POH / specialist

Lijdt u op dit moment aan een andere ziekte of aandoening? Ja / Nee

Zo ja, welke en vanaf welk jaar?

Heeft u in het verleden een belangrijke ziekte of aandoening gehad? Ja / Nee

Zo ja, welke en in welke periode?

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Zo ja, welke? U mag ook een overzicht van uw apotheek toevoegen.

**Naam: ……………………………………………………… Geboortedatum: …. - …. - ……..**

Bent u ooit geopereerd? Ja / Nee

Zo ja, waaraan en wanneer?

Heeft u een allergie? (bijvoorbeeld voor medicijnen, jodium, latex, boompollen, voedsel, dieren)

Ja / Nee

Zo ja, welke allergie en wat is de allergische reactie?

Rookt u of heeft u gerookt? Ja / Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag en hoeveel jaar?

Indien gestopt, vermeld het jaar van stoppen en de hoeveelheid sigaretten per dag en hoeveel jaar.

Gebruikt u alcohol?

Zo ja, hoeveel eenheden gemiddeld per dag / per week?

Familiegezondheid: komen er bepaalde ziekten voor in de familie?

Denk daarbij met name aan hart- of vaatziekten onder 60 jaar, suikerziekte (diabetes), kanker (vooral als dezelfde soort kanker vaker in de familie voorkomt en vooral onder de 50 jaar) of andere erfelijke aandoeningen.

Indien ja, welke ziekten, bij hoeveel familieleden en wat was de leeftijd van openbaren (indien bekend)?