**Welkom in onze huisartsenpraktijk.** U wilt zich inschrijven als nieuwe patiënt.
Wij verzoeken u vriendelijk uw vorige huisarts te vragen ons uw medische dossier toe te sturen via Zorgmail.

Bij inlevering van dit inschrijfformulier of voorafgaand aan uw eerste afspraak vragen wij u zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs.

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters + achternaam | : |
| Voornaam | : |
| Geslacht | : M / V  |
| Geboortedatum | : |
| Adres en huisnummer | : |
| Postcode + woonplaats | : |
| Telefoonnummer | : |
| Mobiel telefoonnummer | : |
| E-mailadres | : |
| BSN-nummer | : |
| Ziektekostenverzekeraar | : |
| Polisnummer | : |
| Naam vorige huisarts | : |
| Nieuwe apotheek | : |
| Geeft u toestemming voor het doorsturen van uw dossier vanuit de vorige huisarts? | : JA/ NEE |
| Gaat u akkoord met aanmelding bij LSP? Zie folder voor uitleg of kijk op www.volgjezorg.nl | : JA / NEE**Handtekening voor akkoord:** |

**Komt u in aanmerking voor de jaarlijkse griepvaccinatie?**

O Ja O Nee

O Ja, maar ik wil hier geen gebruik van maken.

 **Woont u samen met iemand die ook patiënt is in onze praktijk? Zo ja:**

Naam : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Geboortedatum : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Huisarts : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wij verzoeken u onderstaande vragen over uw medische voorgeschiedenis te beantwoorden. Deze gegevens hebben wij nodig om u optimale medische zorg te kunnen bieden.**

**Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om.**

**Heeft u een allergie voor medicijnen of iets anders (bijvoorbeeld bijensteken)?** Ja/nee

Zo ja, voor welk medicijn of waar heeft u een allergie voor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gebruikt u 5 (of meer) chronische medicijnen?** Ja/nee
Indien ja, wij verzoeken u om bij uw apotheek een overzicht van uw medicatie (medicijnpaspoort) op te vragen en mee te nemen tijdens uw eerste bezoek aan de huisartsenpraktijk.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bent u onder behandeling van een specialist, nu of in het verleden?** Ja/nee
Zo ja, in welk ziekenhuis, wat is de naam van de specialist en wat is de reden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bent u bekend met chronische ziekte(n) waarvoor u medicatie gebruikt?** Ja/nee Zo ja, voor welke chronische ziekte(n) en welke medicatie gebruikt u daarvoor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Heeft u:**

Diabetes Mellitus ja/nee, sinds \_\_\_\_ (jaar) → Hoofdbehandelaar: huisarts/specialist

Hart- en/of vaatziekte ja/nee, sinds \_\_\_\_ (jaar) → Hoofdbehandelaar: huisarts/specialist

Hoge bloeddruk ja/nee, sinds \_\_\_\_ (jaar) → Hoofdbehandelaar: huisarts/specialist

Astma/COPD ja/nee, sinds \_\_\_\_ (jaar) → Hoofdbehandelaar: huisarts/specialist

**Rookt u of heeft u ooit gerookt?** Ja/nee/ja, maar ik ben gestopt

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag en hoeveel jaar ? \_\_\_\_\_\_(aantal) \_\_\_\_\_\_\_\_(aantal jaren)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via het online patiëntenportaal heeft u toegang tot uw eigen patiëntendossier. Hier kunt u daarnaast online afspraken maken, een e-consult versturen of herhaalmedicatie aanvragen.

Kijk op onze website om u daarvoor aan te melden: **www.huisartsenpraktijkkattenbroek.praktijkinfo.nl/patientenportaal**

***In te vullen door de assistente:***

Datum van inschrijving : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ingeschreven bij : Hansen en Lablans / Westerling en Van der Heijden / Striekwold en Van Staaij