



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

1. Wilt u uw oude huisarts bellen en doorgeven dat u bij onze praktijk bent ingeschreven en vragen uw medische dossier naar ons op te sturen?
2. Wilt u deze vragenlijst ingevuld meebrengen bij uw kennismakingsbezoek? Inclusief de bijgevoegde verklaring van inschrijving (pagina 4) die we nodig hebben voor de zorgverzekeraar.
3. Samen met een zwart/wit kopie van uw identiteitsbewijs en van uw verzekeringspasje.

Uw gegevens

Naam:	Adres:
Voorletters:	Postcode:
Roepnaam:	Telefoon (mobiel):
Man/Vrouw:	Telefoon (thuis):
Geboortedatum:	Telefoon (werk):
Geboorteland:	E-mailadres:
In Nederland sinds:	Naam nieuwe Apotheek:
Contactpersoon:	

Gegevens vorige huisarts

Vorige huisarts:
Plaats:
Telefoonnummer:

Gezins- / Woonverband

<input type="checkbox"/> Alleenwonend	<input type="checkbox"/> Gehuwd
<input type="checkbox"/> Samenwonend met:	<input type="checkbox"/> Gescheiden sinds:
<input type="checkbox"/> Huisgenoot van:	<input type="checkbox"/> Weduw/weduwnaar sinds:

Heeft u kinderen? (Voor elk thuiswonend kind a.u.b. een formulier invullen)

<input type="checkbox"/> Nee	
<input type="checkbox"/> Ja, thuiswonend	<input type="checkbox"/> Aantal:
<input type="checkbox"/> Ja, uitwonend	<input type="checkbox"/> Aantal:

Werk / Opleiding

<input type="checkbox"/> Ik studeer	
<input type="checkbox"/> Voltooide school / opleiding:	
<input type="checkbox"/> Ik heb werk, als:	Waar:



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Ik heb een uitkering

Pagina 1 van 4

Heeft u een bepaalde geloofsovertuiging? Zo ja, welke?

Heeft u hobby's? Zo ja, welke?

Doet u aan sport? Zo ja, welke?

Gezondheid en ziekten; bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

Nee

Ja, namelijk:

Had u ooit klachten van:

Suikerziekte

Angsten

Longziekte (astma, chronische bronchitis, tbc)

Eetstoornis

Hoge bloeddruk

Lever- of darmziekte

Hart- of vaatziekten

Maagziekte

Overspanning

Schildklierziekte

Depressie

Langdurige gewrichtsklachten

Geslachtsziekte / soa

Andere ziekte:

Gebruikt u geneesmiddelen?

Nee

Ja, namelijk:

Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen?



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Nee

Ja, namelijk:

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van bepaalde geneesmiddelen?

Nee

Ja, namelijk:

Bent u ergens allergisch voor?

Bepaald eten of drinken

Zo ja, welke:

Andere stoffen

Zo ja, welke:

Pagina 2 van 4

Heeft u weleens een groot ongeluk gehad of een operatie/ingreep gehad?

Nee

Ja, namelijk:

Leefstijl

Rookt u?

Nee / Ja

Aantal sigaretten per dag:

Drinkt u alcohol?

Nee / Ja

Aantal glazen per dag:

Gebruikt u drugs?

Nee / Ja

Welke / hoeveel:

Is er ooit een AIDS-test gedaan?

Nee

Ja

Wanneer:

Uitslag:

Bent u ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld?

Nee

Ja

Ziekten in de familie:

Suikerziekte

Astma / Chronische bronchitis

Hoge bloeddruk

Nierziekte

Hart- of vaatziekten

Psychische ziekte

Beroerte of hersenbloeding

Kanker, welke soort?

Is er iets niet gevraagd wat u wel van belang vindt voor uw huisarts om te weten?



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Pagina 3 van 4

VERKLARING van INSCHRIJVING bij HUISARTS

Ondergetekende(n)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Zorgverzekeraar:

Verzekerde nummer:

Verklaart hierbij dat hij/zij per ___-___-_____(dd-mm-jjjj)
als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisartsenpraktijk van Heerde
de Tourton Bruynsstraat 9
1063 XL Amsterdam
AGB-code praktijk 01053513

En geeft toestemming bij de vorige huisarts het medisch dossier op te vragen.

Plaats _____ Datum ___-___-____ Handtekening

Het betreft de volgende personen:



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

	Naam	Geboorte datum	M/V	Zorgverzekeraar	Verzekernummer
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

N.B. Dit is de officiële verklaring van inschrijving waarmee we bij uw zorgverzekeraar aan kunnen tonen, dat u bij ons ingeschreven staat.