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. Graag onderstaande document SAMEN MET een kopie ID EN kopie zorgverzekeringspas inleveren op de praktijk of terugmailen naar de beveiligde e mail van de assistente.

Dit is het mailadres van waaruit dit formulier verstuurd is.

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Alleenwonend | ☐ Gehuwd |
| ☐ Samenwonend met: | ☐ Gescheiden sinds: |
| ☐ Huisgenoot van: | ☐ Weduw/weduwnaar sinds: |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Nee |  |
| ☐ Ja, thuiswonend | ☐ Aantal: |
| ☐ Ja, uitwonend | ☐ Aantal: |

**Werk / Opleiding**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Ik studeer |  |
| ☐ Voltooide school / opleiding: |  |
| ☐ Ik heb werk, als: | Waar: |
| ☐ Ik heb een uitkering |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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?**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ 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: |

**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? |

|  |
| --- |
| **Geeft u toestemming om uw medische gegevens te delen met de huisartsenpost? ALLEEN VOOR SPOEDSITUATIES**  De volgende medische gegevens worden gedeeld:  Medicatie gebruik, allergieën, chronische ziekten, laboratorium waarden en de consulten van de afgelopen 4 maanden.  Vooral als u meerdere medicijnen gebruikt en/of meerdere ziektes heeft is het belangrijk dat deze gegevens ook bekend zijn voor de huisarts op de huisartsenpost.  Voor meer info zie: <https://www.whiteboxsystems.nl/faq>  JA ik geef toestemming  NEE ik geef geen toestemming  Graag omcirkelen |

**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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Naam | Geboorte datum | M/V | Zorgverzekeraar | Verzekerdennummer |
| 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.*