|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Intakeformulier nieuwe patient** | | | | | | |  |  |
| voor ieder gezinslid een apart formulier invullen | | | | |  | **datum:** |  |  |
| **Persoonsgegevens** | |  |  |  |  |  |  |  |
| Achternaam | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Meisjesnaam | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Voorletters | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Roepnaam | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geboortedatum | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geslacht |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Beroep |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Burgerlijke staat | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adresgegevens** | |  |  |  |  |  |  |  |
| Straatnaam | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Huisnummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Postcode |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woonplaats | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefoonnummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobielnummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gegevens vorige huisarts** | | |  |  |  |  |  |  |
| Naam |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woonplaats | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefoonnummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gegevens vorige apotheek** | | |  |  |  |  |  |  |
| Naam |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woonplaats | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefoonnummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** | | | |  |  |  |  |  |
| Naam zorgverzekeraar | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verzekeringsnummer | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verzekering begindatum | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BurgerServiceNummer | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Medische gegevens** | |  |  |  |  |  |  |  |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen | | | | | | | |  |
| of hulpstoffen? (bijv. penicillines, lactose) | | | | |  |  |  |  |
| Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen? | | | | | | | |  |
| Geneesmiddel en/of | | |  | Bijwerkingen | |  |  |  |
| hulpstof |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/alternatieve middelen/voedingssupplementen** | | | | | | | |  |
| (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, St Jans kruid | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** | | | | | |  |  |  |
| dooslikken, spuiten van insuline, oog druppelen etc? | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen ja/nee** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor?** | | | | | | | **ja/nee** |  |
| Zo ja, welke: | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Bent u bij uw huidige huisarts onder behandeling bij de praktijkondersteuner?**

Nee

Ja voor Hypertensie

Diabetes Mellitus

COPD/astma

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?** | | | | | | |  |  |
|  |  |  | bij u |  |  | in uw familie | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suikerziekte | |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
| hart/vaatziekte | |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
| nierziekte | |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
| hoge bloeddruk | |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
| astma/copd | |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
| epilepsie |  |  | ja/nee |  |  | ja/nee |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **krijgt u een griepvaccinatie?** | | |  |  |  | **ja/nee** |  |  |
| zo ja, waarom: | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bent u onder behandeling van een specialist** | | | | |  | **ja/nee** |  |  |
| Zo ja, bij wie en in welk ziekenhuis? | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bent u weleens geopereerd?** | | |  |  |  | **ja/nee** |  |  |
| Zo ja; waaraan en wanneer | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Heeft u ooit een ongeval gehad?** | | | |  |  | **ja/nee** |  |  |
| zo ja; wanneer en zijn er blijvende gevolgen? | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **leefstijl** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rookt u |  | ja/nee |  | hoeveel per dag | |  |  |  |
| gebruikt u alcohol | | ja/nee |  | hoeveel per dag | |  |  |  |
| gebruikt u drugs | | ja/nee |  | welke drugs | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Toestemming van de patient voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere** | | | | | | | | |
| **zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw** | | | | | | | | |
| **medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische** | | | | | | | | |
| **zorg .** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen | | | | |  | ja/nee |  |  |
| gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het | | | | |  |  |  |  |
| kader van een behandeling | | |  |  |  | ja/nee |  |  |
| gegevens bij andere zorgverleners opvragen | | | | |  | ja/nee |  |  |
| gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners | | | | |  | ja/nee |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven** | | | | | | | | |
| **is aangegeven** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Datum….** |  |  |  |  | **handtekening….** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Huisartsenpraktijk Oude Tonge | | | |
| West Achterweg 10 | |
| 3255 AZ Oude Tonge | | |
| tel: 0187-641033 | |
| fax: 0187-643002 | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| naamsticker patient | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Geachte collega, | |
|  |  |
|  |  |
| Bovenstaande patient is ingeschreven in de huisartsenpraktijk Oude Tonge. | | | | |
| Graag ontvangen wij de recepthistorie en een actueel medicatieoverzicht van deze | | | | | |
| patient. |  |
| U kunt dit faxen naar 0187-643002 of mailen naar apotheek.panacea@ezorg.nl | | | | |
|  |  |
|  |  |
| Met vriendelijke groet, | | |
| Huisartsenpraktijk Oude Tonge | | | |
|  |  |
| Akkoord client: | |
| Handtekening | |

