|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |

