****

**Inschrijfformulier**

Inschrijfdatum: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

Als er al gezinsleden ingeschreven bij onze praktijk, dan graag aan de assistente doorgeven bij welke huisarts zij ingeschreven zijn.

Achternaam:.............................................................

Voorletters:..............................................................

Voornaam:………………………………………….

Geb. Datum:............................................................

Geslacht: M/V

Adres:......................................................................

Postcode:.................................................................

Telefoonnr.: ……………Mobiel: …………………

E-mail adres………………………………………

BSN nr:...................................................................

Ziektekostenverzekeraar:........................................ Verzekeringsnummer:................................

Uzovi code (4 cijferige code op uw verzekeringspas) …………………………………………

**Identificatie:**

Soort document: 0 Nederlands paspoort

0 Nederlands rijbewijs

0 Nederland identiteitskaart

0 Vreemdelingendocument

Wettelijk identiteitsnummer:………………………………………………………………

Contactpersoon in noodgeval: ................................ Tel.nr: …………………………………...

Naam vorige huisarts:...................................................... plaats……………………………….

Medisch dossier bij vorige huisarts opgevraagd: Ja / Nee

Ingeschreven bij Apotheek Zielhorst: Ja / Nee nl. .....................................................................

**Gezins/Woonverband: Werk/opleiding:**

0 Alleen wonend 0 ik studeer: studierichting………………………………..

0 Samen wonend 0 Voltooide schoolopleiding……………………................

0 Gehuwd 0 Ik werk als……………………………………………….

0 Gescheiden sinds: 0 Ik ben arbeidsongeschikt sinds………………………….

0 Weduwe/weduwnaar sinds: voorheen gewerkt als……………………………………

0 Kinderen Nee / Ja : aantal: 0 Ik ben gepensioneerd, ik heb gewerkt als………………

**Geloofsovertuiging: nee/ja nl:……………………………………………………………………………………...**

**Gezondheid en ziekten:**

Bent u bekend met

0 Diabetes Mellitus\*

0 Longziekte : emfyseem / chronische bronchitis / astma / tbc / longontsteking \*

0 Allergische aandoening: hooikoorts / eczeem

voedselallergie nl:..........................................................

medicijnallergie nl:........................................................

0 Hoge bloeddruk \*

0 Hart en vaatziekten \*

0 Maagzweer, galstenen, geelzucht, andere lever/darmziekten nl. ...........................................

0 Nierziekten, nierstenen, blaasziekten

0 Struma, schildklierafwijking

0 Langdurige gewrichtsklachten

0 Ernstige bloedarmoede

0 Geslachtsziekten zo ja welke? ...................................

0 Depressie, overspannen, angsten

0 Eetstoornis

0 Andere ernstige ziekten nl.: ...........................................

**\*maakt u a.u.b. een afspraak bij de praktijkondersteuner somatiek (POH)**

**Sport:**

Doet u aan sport? Nee / Ja nl............................................................. ......... keer per week

**Roken / Drugs: Rookt u**? Nee / Ja aantal sigaretten per dag: ........Gebruikt u drugs? Nee / Ja nl. .............................. Hoeveel? ..........................................

**Alcohol:**

Drinkt u alcohol? Nee / Ja ....... glazen per dag/week

**Bent u op dit moment onder behandeling bij een specialist?**

0 Nee

0 Wel geweest, voor .........................................................

0 Ja, voor ..........................................................................

**Medicatie:**

Gebruikt u medicijnen?

0 Nee

0 Ja, nl. (naam en dosering vermelden)

.........................................................................................

.........................................................................................

.........................................................................................

.........................................................................................

**Griepvaccinatie:**

Heeft u het afgelopen jaar een griepprik gehad? Nee / Ja i.v.m. .................................................

**Traumatische ervaring:**

Bent u ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld, mishandeling of een andere traumatische ervaring? Nee/ Ja

Wilt u er iets over kwijt? ..............................................................................................................

**Psychische problemen:**

Heeft u hulp (gehad) voor psychische problemen? Nee / Ja

Zo ja: Bij wie en wanneer? .........................................................................................................

Sport:

**Voor vrouwen:**

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt?

0 Nee

0 Ja Wanneer? .................... Afwijkend? Nee / Ja

Is er ooit een mammografie (röntgenfoto van de borsten) gemaakt?

0 Nee

0 Ja Wanneer? .................... Afwijkend? Nee / Ja

**Ziekten in de familie:**

Komen in de familie de volgende ziekten voor? Zo ja, bij wie?

0 Diabetes Mellitus

0 Hoge bloeddruk

0 Hart en vaatziekten

0 Beroerte of hersenbloeding

0 Astma, chronische bronchitis

0 Eczeem, hooikoorts

0 Nierziekten

0 Psychische ziekten

0 Kanker, welke soort

0 Trombose

0 Epilepsie

0 Erfelijke ziekten, aangeboren afwijkingen

0 ...................................................................

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

................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **JA** | **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. | Ik geef **geen** toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. |

Ik ontvang graag een uitnodiging om lid te worden van het patiëntenportaal.

Hierbij verklaar ik als patiënt in huisartsenpraktijk Zielhorst te zijn ingeschreven en toestemming te geven voor het opvragen van mijn medische dossier. Tevens geef ik toestemming dat, wanneer ik deze praktijk verlaat, mijn medisch dossier verstuurd mag worden naar mijn nieuwe huisarts

Datum: Handtekening: