**AANMELDINGSFORMULIER NIEUWE PATIENTEN**

**Graag invullen en wilt u zo vriendelijk zijn u legitimatiebewijs te laten zien**

Praktijk:  Geen voorkeur

Praktijk Sitters & Spijker

Praktijk Bootsma & Joustra

Praktijk van der Bend & Alkemade

Geachte mevrouw, mijnheer

Van harte welkom in onze praktijk. Om u in te kunnen schrijven, dient u onderstaande gegevens zo volledig mogelijk in te vullen. De inschrijving wordt definitief gemaakt na een akkoord van een van onze huisartsen en als u zich gelegitimeerd heeft op onze praktijk. Uiteraard wordt deze informatie vertrouwelijk behandeld. Het aanmeldingsformulier(en) kunt u inleveren bij de assistente of naar ons e-mailen.

Tenslotte nog dit:

* Geef aan uw vorige huisarts door dat u van huisarts bent gewisseld, anders kunnen wij uw dossier niet opvragen.
* Wilt u wijzigingen van uw adres of telefoonnummer zo spoedig mogelijk aan ons doorgeven?

Naam en Voorletters:        M /  V

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Familienaam

(Indien gehuwd) ------------------------------------------------------------------------------------------------------

Voornamen:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Roepnaam:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geboortedatum:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

BSN nr.:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

ID nr.       Paspoort  Rijbewijs

(Paspoort of rijbewijs): ---------------------------------------

Verzekering:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Polisnummer:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adres:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Postcode:       Woonplaats:

--------------------------------------- ---------------------------------------

Telefoonnr.:       Mobiel:

--------------------------------------- ---------------------------------------

E-mailadres:

------------------------------------------------------------------------------------------------------

Contactpersoon:       Telefoon nr.

(Indien gewenst) --------------------------------------- ---------------------------------------

Vorige huisarts:

------------------------------------------------------------------------------------------------------Adres:       Telefoon nr.

--------------------------------------- ---------------------------------------

**WILT U AANGEVEN OF U AKKOORD GAAT MET HET UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS TUSSEN HUISARTSEN EN HUISARTSENPOST TIJDENS AVOND- NACHT- EN WEEKENDDIENSTEN.**

Akkoord:  Ja Nee

Bij kinderen graag toestemming van beide ouders (indien gezamenlijk gezag):

Ouder 1:  Ja Nee Ouder 2:  Ja Nee

     

Handtekening --------------------------------------- ---------------------------------------

**Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische voor het leveren van medische zorg.**

**Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling?**

Akkoord:  Ja Nee

**Mogen wij gegevens bij andere zorgverleners opvragen?**

Ja, altijd

Nee, nooit

Nee, tenzij:

Datum:       Handtekening:

--------------------------------------- ---------------------------------------

In te vullen door de assistente:

Aangenomen per:       Door:

--------------------------------------- ---------------------------------------

**Aanvullende informatie aanmeldingsformulier**

**Gezins-/Woonverband**

Alleenwonend

Samenwonend

Gehuwd

Gescheiden

Weduwe / weduwnaar

**Heeft u kinderen?**

Nee

Ja Aantal en leeftijden:

----------------------------------------------------------------------

**Werk**

Beroep:

Ik ben werkloos

Ik ben arbeidsongeschikt

Ik studeer, studie:

Gepensioneerd / gewerkt als:

**Bent u ooit geopereerd? / heeft u een chronische ziekte? / of zijn er andere belangrijke medische zaken uit het verleden?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist:**

Nee

Ja, specialisme:       Ziekenhuis:

---------------------------------------- ----------------------------

      Ziekenhuis:

---------------------------------------- ----------------------------

      Ziekenhuis:

---------------------------------------- ----------------------------

**Bent u ergens overgevoelig of allergisch voor (zoals voor antibiotica, jodium, pleisters):**

Nee

Ja, namelijk:

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

**Gebruikt u geneesmiddelen?**

Nee

Ja, namelijk:

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

**Komen er erfelijke ziektes voor in uw familie (zoals suikerziekte, hoge bloeddruk, hart en vaatziektes, kanker) en zo ja: welke, bij wie en op welke leeftijd?**

Nee

Ja, namelijk:

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------

**Rookt u?**

Nee

Ja, aantal sigaretten per dag:

Ik heb gerookt, gestopt sinds:

**Gebruikt u alcohol?**

Nee

Ja, aantal glazen gemiddeld per dag:

**Gebruikt u wel eens drugs?**

Nee

Ja, namelijk:

**Krijgt u een griepvaccinatie?**

Ja

Nee

**Overige zaken die u wilt melden?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------