

## Intake formulier nieuwe patiënt, vast of periodiek.

Voor ieder gezinslid een apart formulier invullen

Datum:

<b>Persoonsgegevens</b>	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

<b>Adresgegevens</b>	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel:	
E-mail:	

<b>Verzekeringsgegevens en BSN-nummer</b>	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Verzekering begindatum:	
BurgerServiceNummer:	

<b>Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:</b>	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

<b>Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:</b>	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
E-mail:	

<b>Medische gegevens</b>	
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?	
Geneesmiddel en /of hulpstof:	Bijwerking:

<b>Gebruikt u medicijnen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

<b>Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?</b> (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

**Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?

**Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?**

- Ja  
 Nee

**Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?**

	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Hart/ vaatziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend

Andere ziekten:	Bij u:	In uw familie:
-----------------	--------	----------------

<b>Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke
---	---	--------------

<b>Krijgt u een griepvaccinatie?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

<b>Bent u onder behandeling van een specialist?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee  Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis
<b>Bent u wel eens geopereerd?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?	

<b>Heeft u ooit een ongeval gehad?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee  Zo ja, wanneer:  Zijn er blijvende gevolgen?
<b>Zijn er verder nog zaken die belangrijk zijn voor uw huisarts om te weten?:</b>	

<b>Leefstijl</b>		
<b>Rookt u?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?
<b>Gebruikt u alcohol?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?
<b>Gebruikt u drugs?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke

<b>Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.</b> <b>Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.</b>	
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij:  <input type="checkbox"/> Ja, altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud <input type="checkbox"/>
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij <input type="checkbox"/> Ja, altijd geen bezwaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud

**Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.**

**Datum .....**

**Handtekening.....**