Medisch Centrum de Steenpoort

Prinses Julianastraat 25

8281 CK Genemuiden

Telefoonnummer: 038-3851200

E-mail: [info@huisartsen-genemuiden.nl](mailto:info@huisartsen-genemuiden.nl)

**Inschrijfformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonsgegevens** | |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresgegevens** | |
| Straatnaam |  |
| Huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Mobielnummer |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** | |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| BSN |  |
| **Gegevens van vorige huisarts** | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medische gegevens** | | |
| Bent u allergisch (bijv. medicijnen)? | 0 Nee  0 Ja, namelijk: | |
| Gebruikt u medicijnen? | 0 Nee  0 Ja, namelijk: | |
| *Naam + hoeveel mg* | *Dosering* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chronische ziekten** | | |
|  | Bij u | In uw familie |
| Suikerziekte | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Hart/vaatziekte | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Nierziekte | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Hoge bloeddruk | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Astma of COPD | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Epilepsie | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Verhoogd cholesterol | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Kanker | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Psychische stoornis | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |
| Andere ziekten | 0 Ja  0 Nee | 0 Ja  0 Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **Specialisme** | |
| Wordt u behandeld door een specialist? | 0 Nee  0 Ja, namelijk: |
| Belangrijke operaties ondergaan? | 0 Nee  0 Ja, namelijk: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Griepvaccinatie** | |
| Krijgt u jaarlijks een griepvaccinatie? | 0 Nee  0 Ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leefstijl** | | |
| Rookt u? | 0 Nee  0 Ja | Zo ja, hoeveel sigaretten/ sigaren per dag? |
| Gebruikt u alcohol? | 0 Nee  0 Ja | Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week? |
| Gebruikt u drugs? | 0 Nee  0 Ja | Zo ja, welke? |

|  |
| --- |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?** |

|  |
| --- |
| **Vindt u het goed dat andere zorgverleners (bijv. huisartsenpost Zwolle, dienst apotheek) uw belangrijkste medische gegevens elektronisch kunnen inzien als dat nodig is voor uw behandeling?**  0 Ik ga akkoord / 0 Ik ga niet akkoord |

|  |
| --- |
| **Gaat u ermee akkoord, dat wij de gegevens van dit formulier delen met apotheek de Muiden en vice versa?**  0 Ik ga akkoord / 0 Ik ga niet akkoord |

|  |
| --- |
| **Gaat u ermee akkoord, dat apotheek de Muiden uw gegevens opvraagt bij uw vorige apotheek?**  0 Ik ga akkoord / 0 Ik ga niet akkoord |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens van vorige apotheek** | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |
| Handtekening voor akkoord |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kader in te vullen door praktijkassistente (*niet zelf invullen)!*** | |
| Identiteit bewijs |  |
| Nummer |  |
| Toegekende huisarts |  |
| Ingevoerd door (initialen assistente) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hierbij verklaar ik als patiënt in de praktijk van de huisartsen te Genemuiden zijn ingeschreven** | |
| Naam |  |
| Handtekening |  |
| Datum |  |