Medisch Centrum de Steenpoort

Prinses Julianastraat 25

8281 CK Genemuiden

Telefoonnummer: 038-3851200

E-mail: 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 Nee0 Ja, namelijk:  |
| Gebruikt u medicijnen? | 0 Nee0 Ja, namelijk:  |
| *Naam + hoeveel mg*  | *Dosering* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Chronische ziekten**  |
|  | Bij u  | In uw familie |
| Suikerziekte | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Hart/vaatziekte  | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Nierziekte | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Hoge bloeddruk | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Astma of COPD | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Epilepsie | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Verhoogd cholesterol | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Kanker | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Psychische stoornis | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |
| Andere ziekten  | 0 Ja0 Nee | 0 Ja 0 Nee |

|  |
| --- |
| **Specialisme** |
| Wordt u behandeld door een specialist?  | 0 Nee0 Ja, namelijk:  |
| Belangrijke operaties ondergaan?  | 0 Nee0 Ja, namelijk: |

|  |
| --- |
| **Griepvaccinatie** |
| Krijgt u jaarlijks een griepvaccinatie?  | 0 Nee0 Ja |

|  |
| --- |
| **Leefstijl** |
| Rookt u?  | 0 Nee0 Ja | Zo ja, hoeveel sigaretten/ sigaren per dag?  |
| Gebruikt u alcohol?  | 0 Nee0 Ja | Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?  |
| Gebruikt u drugs?  | 0 Nee0 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 |  |