

Formulier voor nieuwe patiënten

Bij inleveren van het formulier een kopie van uw Identiteitsbewijs en

kopie zorgverzekeringsspas toevoegen.

Achternaam: _____ Man / Vrouw

Voorletters : _____ Voornaam: _____

Meisjesnaam: _____

Geboortedatum: _____ BSN nr.: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

Emailadres: _____

Verzekering naam + nr. _____

Beroep: _____ Geloof: _____

Contactpersoon en telefoonnummer: _____

Apotheek van inschrijving: SassemBourg Sassenheim

Identiteitsbewijs: paspoort / rijbewijs / identiteitskaart / vreemdelingen document / uittreksel BRP

Documentnummer _____ geldig tot _____

Naam vorige huisarts: _____ Woonplaats: _____

Gezin/woonverband:

Alleenwonend

Samenwonend met : _____

Gehuwd met : _____

Gescheiden sinds : _____

Weduwe/weduwnaar sinds : _____

Heeft u kinderen?

O Nee O Ja, thuiswonend aantal: _____ uitwonend aantal: _____

Gezondheid/ziekten

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

O Suikerziekte O Longziekten (astma, cara, chronische bronchitis, tbc)

O Hoge bloeddruk O Hart- of vaatziekten

O Overspannenheid/burn out O Depressie of angsten

O Eetstoornis O Lever of darmziekten

O Aanhoudende gewrichtsklachten O Geslachtsziekten (soa)

O Schildklierziekten

O andere ernstige ziekten, namelijk: _____

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

O Nee

O Ja, specialisme: _____ Ziekte: _____

specialisme: _____ Ziekte: _____

Gebruikt u geneesmiddelen?

O Nee O Ja, namelijk: _____

Zo ja graag medicatielijst vorige apotheek toe te voegen.

Bent u overgevoelig (allergisch)voor:

O Geneesmiddelen namelijk: _____

O Bepaald eten of drinken namelijk: _____

O Andere stoffen namelijk: _____

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad? (grieprik)

O Ja, medische indicatie O Ja, eigen verzoek O Nee, wil (nog) geen griepvaccinatie

Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie of een ingreep ondergaan?

O Nee

O Ja, groot ongeluk: _____

O Ja, ingrepen : _____

O Ja, operaties : _____

O Ja, opname in zh : _____

Rookt u?

O Nee O Ja, wat rookt u: _____ Aantal per dag: _____

Drinkt u alcohol?

O Nee O Ja, hoeveel glazen drink u gemiddeld per dag: _____

Gebruikt u (weleens) drugs?

O Nee O Ja, welke _____

Is uw bloeddruk ooit gemeten?

O Nee O Ja, datum (ongeveer): _____ uitslag: _____

Is bij u ooit een aidstest gedaan?

O Nee O Ja, datum (ongeveer): _____ uitslag: _____

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?

O Nee O Ja evt.toelichting _____

Ziekten in de familie

Welke ziekten komen in de familie voor?

O Suikerziekte Bij wie: _____

O Hoge bloeddruk Bij wie: _____

O Hart en vaatziekten Bij wie: _____

O Beroerte of hersenbloeding Bij wie: _____

O Astma, cara Bij wie: _____

O Nierziekten Bij wie: _____

Voor vrouwen

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt?

O Nee

O Ja, in het jaar: _____ Uitslag: _____

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

O Nee

O Ja, in het jaar: _____ Uitslag: _____

Bent u zwanger of heeft u een zwangerschapswens

O Nee

O Ja, laatste dag van de menstruatie was: _____