

INSCHRIJFFORMULIER

Gezondheidscentrum Katendrecht

Wodanstraat 11

3072 EV Rotterdam

Tel 010-4864100

Fax 010-4864634

Welkom in onze praktijk! Wij verzoeken u vriendelijk onderstaande gegevens zo volledig mogelijk in te vullen. Denkt u daarbij vooral ook aan uw medicatiegebruik (ook de zogenaamde zelfzorgmiddelen) en eventuele allergieën. Ook willen wij u vragen aan uw huidige huisarts door te geven dat u zich daar uitschrijft als patiënt.

Indien u uw kind ook wilt inschrijven graag voor elk kind een apart inschrijfformulier invullen.

Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht :	M/V
Burgerlijke staat:	
Beroep:	

Adres + huisnummer:	
Postcode + Woonplaats	
Telefoonnummer: Mobiel:	
E-mailadres	

Naam Zorgverzekeraar	
Polis nummer:	
BSN nummer:	

Naam vorige huisarts	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	

Vorige apotheek:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	

Medische gegevens:

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (Bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/ of hulpstoffen en wat zijn de bijwerkingen?	
Geneesmiddel en/ of hulpstof:	Bijwerking:

Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam geneesmiddel:	Dosering	Gebruik

Bij gebruik van meer dan 3 middelen deze graag op de achterzijde van dit formulier vermelden

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

Ik ga akkoord met het door de huisarts verstrekken van mijn patiënten- en medicatiegegevens aan zorgverleners (OPT-IN regeling)

Ja Nee

Datum:

Handtekening

Formulier ten behoeve van kennismakingsgesprek

<p>Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? (bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen, oog druppelen, spuiten insuline, vergeten op tijd in te nemen?)</p>	
<p>Welk geneesmiddel geeft problemen?</p>	<p>Welk probleem heeft u?</p>

<p>Heeft u een chronische ziekte of komt deze voor in uw familie?</p>	<p>Bij u:</p>	<p>In uw familie:</p>
<p>Suikerziekte:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Hart/vaatziekte:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Nierziekte:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Hoge bloeddruk:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Astma of COPD:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Epilepsie:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Andere ziekten:</p>	<p>Bij u:</p>	<p>In uw familie:</p>

<p>Leefstijl</p>		
<p>Rookt u ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p>Hoeveel per dag?</p>
<p>Drinkt u ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p>Hoeveel per dag?</p>
<p>Gebruikt u drugs?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p>welke?</p>

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

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

Heeft u ooit te maken gehad met (seksueel) geweld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
--	---