

Huisartsenpraktijk "de Kennemerpoort"

Zwarteweg 65
2121 BB Bennebroek
Tel: 023-5846300
Fax 023-5849764

www.kphuisartsen.nl
info@dekennemerpoorthuisartsen.nl

F. van Andel, huisarts
T.W.M. Harding, huisarts
L.M.L. van Wiechen, huisarts
M.H.M. Princen, huisarts
E.S. van Duin, huisarts
F.G. Thoolen, huisarts



Inschrijfformulier (per persoon één inschrijfformulier)

Datum:

Naam:

Man / Vrouw: Meisjesnaam:

Voorletters: Voornaam:

Geboortedatum: Geboorteplaats: Geboorteland:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Tel. Thuis: Telefoon werk:

Telefoon mobiel: Email:

Burgelijke staat:

Beroep: Functie:

Verzekeraar: Polisnummer:

BSN: **Kopie identiteitsbewijs bijvoegen.**

Apotheek:

Naam en telefoon contactpersoon bij calamiteiten:

Bent u **overgevoelig (allergisch)** voor medicijnen, voedingsmiddelen of andere stoffen? Nee / ja

Zo ja, welke?:

Toestemming gegevensuitwisseling huisartsenpost: ja / nee

Vorige huisarts: Plaats:

Telefoonnummer vorige huisarts..... Fax vorige huisarts.....

Reden overstap:

Geeft hierbij toestemming het medisch dossier op te vragen bij de vorige huisarts.

Handtekening:

Z.O.Z.

Voor de administratie:

- ☐ per fax opgevraagd bij vorige huisarts op: door:
- ☐ ontvangen: elektronisch op: fysiek op:

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccin (griep prik) gehad?:

☐ Suikerziekte	vanaf:
☐ Longziekte (COPD, TBC)	vanaf:
☐ Hoge bloeddruk	vanaf:
☐ Hart- en vaatziekten	vanaf:
☐ Overspannenheid	vanaf:
☐ Depressie of angsten	vanaf:
☐ Eetstoornis	vanaf:
☐ Lever- en / of chronische darmziekten	vanaf:
☐ Aanhoudende gewrichtsklachten	vanaf:
☐ Geslachtsziekten (SOA)	vanaf:
☐ Schilddklierziekten	vanaf:
☐ Andere ziekten, namelijk:	vanaf:

Wat is uw lengte?: Wat is uw gewicht?:

Roekt u? nee / ja Zo ja, hoe lang en hoeveel sigaretten per dag?:

Drinkt u alcohol? nee / ja Zo ja, hoeveel glazen per week?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad en / of operatie ondergaan? nee / ja

Zo ja, welke?: wanneer?:

Bent u op dit moment onder de behandeling van een specialist?: nee / ja

Zo ja, bij wie en waarvoor?

Gebruikt u geneesmiddelen?: nee / ja Zo ja, welke:

Naam: Sterkte: Dosering:

Naam: Sterkte: Dosering:

☐ Suikerziekte	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Hoge bloeddruk	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Hart- en vaatziekten	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Verhoogd cholesterol	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Beroerte of hersenbloeding	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Astma, COPD	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Nierziekten	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Psychische ziekten	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Kanker	bij wie?:	op welke leeftijd?:
☐ Erfelijke ziekten	bij wie?:	op welke leeftijd?:

Wanneer is bij u voor het laatst een uitstrijkje gemaakt?: uitslag:

Is uw baarmoeder verwijderd? nee / ja

Zo ja, wanneer?

Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt?: nee / ja

Zo ja, wanneer?: uitslag: