

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
S. Verhoeven-vd Kaa, 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:

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:

Gezondheid en klachten

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

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Longziekte (COPD, TBC) | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Overspannenheid | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Depressie of angsten | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Lever- en / of chronische darmziekten | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Aanhoudende gewrichtsklachten | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten (SOA) | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekten | vanaf: |
| <input type="checkbox"/> Andere ziekten, namelijk: | vanaf: |

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

Rookt 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:

Ziekten in de familie

- | | | |
|---|-----------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Verhoogd cholesterol | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Beroerte of hersenbloeding | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Astma, COPD | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Psychische ziekten | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Kanker | bij wie?: | op welke leeftijd?: |
| <input type="checkbox"/> Erfelijke ziekten | bij wie?: | op welke leeftijd?: |

Voor vrouwen

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: