**Huisartsenpraktijk “de Kennemerpoort**”

Zwarteweg 65 Dhr F. van Andel, huisarts

2121 BB Bennebroek Mw L.M.L. van Wiechen, huisarts

Tel: 023-5846300 Mw S. Verhoeven, huisarts

Fax 023-5849764 Mw M.H.M. Princen, huisarts

[www.kphuisartsen.nl](http://www.kphuisartsen.nl) Dhr T. Beunder, huisarts

info@kphuisartsen.nl Mw M Schipper, huisarts

**Inschrijfformulier** *(per persoon één inschrijfformulier)* Datum: .....-..….-………

Naam: ………………………………………………………………………………………………….........................

Man / Vrouw: eventuele 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. Na verwerking van**

Apotheek:……………………………………………………… **uw gegevens zullen wij de kopie vernietigen**

Wilt u gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om online een afspraak te kunnen maken? nee / ja

Naam en telefoon contactpersoon bij calamiteiten:………………………………………………………………………………………

Heeft u een voorkeur voor een van onze huisartsen? Zo ja, dan graag de naam noteren………………………………

**Heeft u behoefte aan een kennismakingsgesprek met een van onze huisartsen? nee / ja

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 (griepprik) gehad?: ...................................................................

Heeft u ooi klachten (gehad) van:

* Suikerziekte vanaf: ....................................................................
* Longziekte (COPD, TBC) vanaf: ....................................................................
* Hoge bloeddruk vanaf: ....................................................................
* Hart- en vaatziekten vanaf: ....................................................................
* Depressie of angsten vanaf: ....................................................................
* Eetstoornis vanaf: ....................................................................
* Lever- en / of chronische darmziekten vanaf: ....................................................................
* Aanhoudende gewrichtsklachten vanaf: ....................................................................
* Geslachtsziekten (SOA) vanaf: ....................................................................
* Schildklierziekten vanaf: ....................................................................
* 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: ...............................................................

Naam: .................................... Sterkte: .................... Dosering: ...............................................................

**Ziekten in de familie**

* Suikerziekte bij wie?: ................................. op welke leeftijd?: ..............
* Hoge bloedruk 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?: ..............

**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: ................................