

## Huisartsenpraktijk "de Kennemerpoort"

Zwarteweg 65  
2121 BB Bennebroek  
Tel: 023-5846300  
Fax 023-5849764  
[www.kphuisartsen.nl](http://www.kphuisartsen.nl)  
[info@kphuisartsen.nl](mailto:info@kphuisartsen.nl)

Dhr F. van Andel, huisarts  
Mw L.M.L. van Wiechen, huisarts  
Mw S. Verhoeven, huisarts  
Mw M.H.M. Princen, huisarts  
Dhr T. Beunder, huisarts  
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 uw gegevens zullen wij de kopie vernietigen**

Apotheek:.....

**Heeft u kinderen?** Ja / nee? Zo ja, graag naam en achternaam noteren. NB als de kinderen ook als nieuwe patiënten worden ingeschreven, dan graag apart formulieren per kind inleveren!

- ..... geboortedatum ..... Thuis / uitwonend
- ..... geboortedatum ..... Thuis / uitwonend
- ..... geboortedatum ..... Thuis / uitwonend

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

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? ja / nee

**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?: .....

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

Zo ja, welke?: .....

Heeft u ooit 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: .....
- Schildklierziekten vanaf: .....
- Andere ziekten, namelijk: vanaf: .....

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

Rookt u? Ja / nee Zo ja, hoe lang en hoeveel sigaretten per dag?: .....

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

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

Zo ja, welke?: ..... wanneer?: .....

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

Zo ja, bij wie en waarvoor? .....

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

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

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

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

**Komen er ziekten voor in de familie?** Zoals bijvoorbeeld erfelijke vormen van kanker, suikerziekte, hart- of herseninfarct. Zo ja bij wie en 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: .....