

Huisartsenpraktijk "de Kennemerpoort"

Zwarteweg 65
2121 BB Bennebroek
Tel: 023-5846300
Fax 023-5849764
www.kphuisartsen.nl
info@kphuisartsen.nl

Mw L.M.L. van Wiechen, huisarts
Mw S. Verhoeven, huisarts
Mw M.H.M. Princen, huisarts
Mw M Schipper, huisarts
Mw M van Bel, waarnemend huisarts
Mw E. Houtzager, waarnemend 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**

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

Wilt u online inzage in uw dossier*? * in principe mogelijk vanaf 16 jaar ja / nee

(zie voor meer informatie www.mijngezondheid.net, of lees meer op onze website www.kphuisartsen.nl)

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: 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 / Voorheen 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?:

Zo ja; 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: