

Aanmeldformulier Huisartsenpraktijk Op de Paap



Werkzame huisartsen: M.H. Dral
L.M. Füssenich-Jacobs
J. Jacobs

Tel. Nr. 024-3971366
Website: opdepaap.nl

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisartsenpraktijk op naam te willen inschrijven.
Per gezinslid svp één formulier invullen.
Kopie van ID/paspoort/rijbewijs svp toevoegen.

Graag ook bij uw oude apotheek een actueel medicatie overzicht (AMO) opvragen en toevoegen aan het inschrijfformulier. Dit hoeft niet als u al ingeschreven staat bij Apotheek Groesbeek.

Gegevens patiënt

Achternaam+Voorletters : m/v

Voornaam :

Geboortedatum :

Adres, postcode, woonplaats :

Telefoonnummer :

Mobiel nummer :

E-mail :

Zorgverzekeraar :

Relatienummer(s)/

Verzekerdennummer(s) :

BSN :

Gewenste Apotheek Groesbeek
 Andere apotheek:

1^e contactpersoon indien gewenst :

Relatie tot patiënt :

Telefoon :

Vorige huisarts :

Gevestigd te :

Hierbij geef ik toestemming voor de uitwisseling van mijn patiëntgegevens met ziekenhuis, apotheek en huisartsenpost : Ja / Nee

Handtekening patiënt : Datum:

Ik zal mijn oude huisarts vragen mijn dossier aan de nieuwe huisartsenpraktijk over te dragen.

Ik zal het ziekenhuis en andere behandelaars inlichten over de wijziging van huisarts.

Vragenlijst kennismaking

Om u in de toekomst op een verantwoorde wijze van dienst te kunnen zijn is het van belang dat we op de hoogte zijn van relevante zaken betreffende uw gezondheid en welzijn. Daartoe willen wij u enkele vragen voorleggen.

Graag voor ieder gezinslid 1 formulier invullen

Naam Patiënt:

Geboortedatum:

Gezondheid algemeen:

- **Gebruikt u medicijnen?** ja / nee
- **Indien u medicatie gebruikt, graag een uitdraai van uw vorige apotheek!**

Bent u nog onder controle bij een ziekenhuisspecialist? ja / nee
○ **Zo ja, bij wie, in welk ziekenhuis en waarvoor**

Heeft u operaties ondergaan? ja / nee
○ Zo ja, welke en wanneer?

Heeft u belangrijke of langdurige ziekten gehad ? ja / nee
○ Zo ja, welke en wanneer?

Bent u momenteel zwanger?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet zeker
- Niet van toepassing -> Ga door naar vraag 22

Hoe vaak bent u zwanger geweest?

_____ keer zwanger geweest

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

- Standaard kindervaccinaties: ja / nee
- Reizigersvaccinaties ja / nee
 - zo ja welke:
- Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B of als militair) ja / nee
 - Zo ja welke:

Zijn er allergieën bekend? ja / nee
○ Zo ja welke?

Is er sprake van overgevoeligheid voor medicamenten? ja / nee
○ Zo ja voor welke medicijnen?

Rookt u of heeft u in het verleden gerookt?

- Ik heb nooit gerookt
- Ik ben in gestopt en heb ongeveer jaar gerookt
- Ik rook nog steeds ongeveer sigaretten/ sigaren/pijp per dag
- Ik zou u op korte termijn willen stoppen.

Gebruikt u weleens alcohol? ja / nee
○ Zo ja hoeveel alcoholconsumpties drinkt u gemiddeld per dag?

Gebruikt u drugs?

ja / nee

- o Zo ja welke en hoe vaak?

Wat is uw lengte?**Wat is uw gewicht?**

Komen de volgende aandoeningen in uw familie voor	Ja	Nee	Onbekend
a. Hartaandoening bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 60 jaar werden?			
b. Diabetes type 1 of type 2 (suikerziekte) bij ouders, broers, zussen of kinderen?			
c. Melanoom (kwaadaardige moedervlek) bij ouders, broers, zussen of kinderen?			
d. Darmkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden?			
e. Darmkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie?			
f. Prostaatkanker bij vader, broers of zoons voordat ze 55 jaar werden?			
g. Eierstokkanker bij moeder, zussen of dochters?			
h. Borstkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden?			
i. Borstkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie?			

Psycho-sociaal:

(doorhalen wat niet van toepassing is)

Bent u alleenstaand, samenwonend, getrouwd , gescheiden of anders ?**Bent u ooit gescheiden?**

-Nee

- Ja, aantal keer _____

Van hoeveel kinderen bent u de biologische ouder?

_____ kinderen

Heeft u de zorg voor kinderen van wie u niet de biologische ouder

-Ja, licht a.u.b. toe:

-Nee

Zijn er gebeurtenissen die een grote invloed op uw leven hebben of hebben gehad?

ja / nee

- o Zo ja welke:

Heeft u wel eens een ingrijpend overlijden meegemaakt?

-Nee

-Ja, namelijk van

- Partner
- Ouder(s)
- Kind
- Goede vriend / vriendin
- Anders, namelijk _____

Bent u slachtoffer (geweest) van seksueel misbruik, lichamelijk of psychisch geweld?

ja / nee

Welke opleidingen heeft u afgerond?

Wat doet u voor werk ?

Wat zijn uw hobby's?

Beoefent u een sport

ja / nee

Zo ja, welke en hoe regelmatig bent u hiermee bezig

Zijn er nog andere zaken die u relevant vindt ?

ja / nee

Zo ja, welke?

Heeft u nog adviezen aan uw huisarts met betrekking tot de omgang met u als patiënt

ja / nee

Zo ja, welke?