|  |
| --- |
| **Intakeformulier nieuwe patiënt huisartsenpraktijk Elsendorp**  *Voor ieder gezinslid een apart intakeformulier invullen* Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonsgegevens** | |
| Achternaam: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: |  |
| Beroep: |  |
| Burgerlijke staat: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresgegevens** | |
| Straatnaam: |  |
| Huisnummer: |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Mobiel nummer: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** | |
| Naam zorgverzekeraar: |  |
| Verzekeringsnummer: |  |
| Begindatum verzekering: |  |
| Burgerservicenummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres** | |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres** | |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medische gegevens** | |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (Bijvoorbeeld penicilline, lactose)  Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen? Wat zijn de bijwerkingen? | |
| Geneesmiddel en/of hulpstof | Bijwerking |
| **Gebruikt u medicijnen?** | * Ja * Nee |
| **We willen u vragen om bij u huidige apotheek een actuele medicatielijst op wilt vragen. En deze bij te voegen.**  **Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?**  Denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, St. Janskruid. | |

|  |
| --- |
| **Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?**  Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen. |

|  |
| --- |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?**   * Ja * Nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heeft u een chronische ziekte of komt een van deze ziekten in uw familie voor?** | | |
|  | Bij u: | In uw familie: |
| Suikerziekte | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Hart- en vaatziekten | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Nierziekten | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Hoge bloeddruk | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Astma of COPD | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Epilepsie | * Ja * Nee | * Ja * Nee |
| Andere ziekten |  |  |
| **Bent u voor bovenstaande momenteel onder controle van uw huisarts. Zo ja, welke?** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komen er in uw familie erfelijke ziekten of aandoeningen voor?** | * Ja * Nee | Zo ja, welke? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krijgt u een griepvaccinatie?** | * Ja * Nee | Zo ja, waarom? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u onder behandeling van een specialist?** | * Ja * Nee   Zo ja, bij wie en welk ziekenhuis? |
| **Bent u wel eens geopereerd?** | * Ja * Nee   Zo ja, waaraan en wanneer? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heeft u ooit een ongeval gehad?** | * Ja * Nee   Zo ja, wanneer? |
| **Zijn er blijvende gevolgen?** | * Ja * Nee   Zo ja, welke? |

|  |
| --- |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leefstijl** | | |
| Rookt u? | * Ja * Nee | Zo ja, hoeveel sigaretten / sigaren per dag? |
| Gebruikt u alcohol? | * Ja * Nee | Zo ja, hoeveel consumpties per dag / per week? |
| Gebruikt u drugs? | * Ja * Nee | Zo ja, welke en hoeveel? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.**  Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. | |
| Medicatie gegevens opvragen bij uw apotheek | * Ja * Nee |
| Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling | * Ja * Nee |
| Gegevens bij andere zorgverleners opvragen | * Nee * Ja, altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling |
| Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners | * Nee * Ja, altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling |

We willen u vragen om een kijkje te nemen op onze website:

[Mcmiddenpeel.praktijkinfo.nl](http://mcmiddenpeel.praktijkinfo.nl)

U kunt zich daar aanmelden om een patientenportaal aan te maken. Hier zitten verschillende voordelen aan. Meer informatie hierover vind u op de website.

Heeft u al een patientenportaal bij u huidige huisarts vraag daar dan even om u te ontkoppelen, pas dan kunt u bij ons uw dossier inzien.

**Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.**

**Datum: …………………………………………………..**

**Handtekening: ……………………………………….**