



Welkom in Huisartsenpraktijk De Haven. Om uw dossier zo compleet mogelijk te maken, verzoeken wij u vriendelijk onderstaande lijst in te vullen. Het formulier stelt ons in staat om u een goede behandeling te geven bij uw specifieke gezondheidsvragen. Zou u het daarom zo volledig mogelijk in kunnen vullen.

De door u verstrekte gegevens worden opgeslagen in uw persoonlijke medisch dossier, en zijn behalve voor uw eigen huisarts ook beschikbaar voor de waarnemende artsen in de regio en dienstdoende huisarts op de huisartsenpost.

Indien u moeite heeft met het invullen van dit formulier kunt u een afspraak maken bij de praktijkassistente, zij zal u dan verder helpen.

U kunt bij inlevering van het formulier een afspraak maken bij de assistente voor een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts.

Ik wens mij in te schrijven bij:

Huisartsenpraktijk De Haven IJmuiden

Huisarts: Dhr L.A.M. Verkouteren

en verzoek mijn vorige huisarts mij uit te schrijven en mijn dossier naar mijn nieuwe huisarts te zenden.

- Ik geef toestemming tot gebruik van mijn elektronisch patiënten dossier: JA / NEE
- Bijgevoegd: Kopie verzekeringsbewijs () Kopie geldige legitimatie ()

DATUM:	Handtekening patiënt:
--------	-----------------------

Persoonlijke gegevens

Achternaam:

Meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geslacht: M / V

Kinderen: JA / NEE

Geboortedatum:

Burgerservicenummer:

Burgerlijke staat: Alleenstaand () Samenwonend () Gehuwd () Gescheiden () Thuiswonend ()



Adres gegevens

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Contact gegevens

Telefoonnummer privé:

Telefoonnummer mobiel:

Telefoon werk:

E-mail adres:

Telefoon contactpersoon:

Relatie en naam contactpersoon:

Verzekering gegevens

Verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

Medische gegevens algemeen

Lengte:

Gewicht:

Roken: JA / NEE / VOORHEEN

Stopdatum:

*Indien JA, wat rookt u en hoeveel per dag:***Alcohol:** JA / NEE / VOORHEEN

Stopdatum:

*Indien JA, aantal consumpties per dag:***Drugs:** JA / NEE / VOORHEEN

Stopdatum:

*Indien JA, welke:***Allergie:** JA / NEE / NIET BEKEND *Indien JA, wat is uw reactie en waarop:*

- HOOIKOORTS JA / NEE
- MEDICATIE JA / NEE indien Ja, voor welk medicijn bent u allergisch ?
- ANDERS ?

*(doorhalen wat niet van toepassing is)***Beperkingen:**

1. Zien: NORMAAL / BRIL / LENSEN
2. Horen: NORMAAL / HOORTOETSEL / DOOF
3. Tandem: EIGEN / GEBITSPROTESE / GEEN
4. Mobiliteit: MOBIEL / ROLLATOR / ROLSTOEL
5. Geheugen: NORMAAL / VERGEETACHTIG / DEMENTIE
6. Anders:

(doorhalen wat niet van toepassing is)

Ziekte of aandoening



Lijdt u aan een chronische ziekte of aandoening:

DIABETES TYPE 1 / DIABETES TYPE 2 / HOGE BLOEDDRUK / ASTMA / COPD / HART- EN VAATZIEKTEN
(doorhalen wat niet van toepassing is)

EVT TOELICHTING:

Familiaire aandoeningen bij ouders/broers/zusters

DIABETES TYPE 1 / DIABETES TYPE 2 / HOGE BLOEDDRUK / ASTMA / COPD / HART- EN VAATZIEKTEN
PSYCHISCHE AANDOENING / ANDERE ZIEKTEN:
(doorhalen wat niet van toepassing is)

EVT TOELICHTING:

Operaties

Heeft u een operatie ondergaan: JA / NEE *Indien JA, welke en wanneer:*

Gegevens vorige huisarts

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

Levenstestament / Donorcodicil / niet-reanimeren verklaring

Levenstestament: JA / NEE Donorcodicil: JA / NEE Niet-reanimeren verklaring: JA / NEE
Toelichting:

Apotheek van voorkeur

Nieuwe apotheek: LEDEBOER / KUYLMAN / ZEEWIJK / ANDERS:

Werk gegevens

Opleiding:

Beroep:

Soort werk: lichamelijke arbeid / administratief

Aantal uren per week: