In onze praktijk werken vijf huisartsen met een eigen patiëntengroep, namelijk dhr. Baan, dhr. Bruseker,
dhr. van de Graaf, mw. Hegeman en mw. Harenberg. Daarnaast werken er meerdere waarnemend huisartsen.

Uiteraard is het mogelijk om in overleg met uw eigen huisarts een nieuwe inwonende op hetzelfde adres in te schrijven. Bijvoorbeeld bij geboorte, trouwen of samenwonen. Bij vragen over uw aanmelding kunt u contact opnemen met de assistente op telefoonnummer: 0548-512115.

Actuele praktijkinformatie vindt u op onze website [www.huisartsengroepspraktijk.nl](http://www.huisartsengroepspraktijk.nl).

Graag ontvangen we per persoon één inschrijfformulier. Velden met een \* zijn vereist om in te vullen.

Bovenkant formulier

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| Achternaam\* |  |
| Geboortenaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam\* |  |
| Geboortedatum\* |  |
| Geboorteplaats |  |
| Geslacht\* | [ ]   | Man | [ ]   | Vrouw |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |
| Adresgegevens: |
| Straatnaam\* |  | Huisnummer\* |  |
| Postcode\* |  | Woonplaats\* |  |
| Vast tel.nr.\* |  |
| Mobiel tel.nr.\* |  |
| E-mail \* |  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-Nummer** |
| Naam zorgverzekeraar\* |  |
| Verzekeringsnummer\* |  |
| Verzekering begindatum\* |  |
| BurgerServiceNummer\* |  |

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

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige apotheek of 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? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen? |
| Geneesmiddel en/of hulpstof | Bijwerking |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebruikt u medicijnen?\* | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesmiddel | Hoeveel mg | Gebruik per dag |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? Denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint-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?

|  |  |
| --- | --- |
| Welk geneesmiddel geeft problemen? | Welk probleem heeft u? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Heeft u een chronische ziekte? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Suikerziekte | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Hart/vaatziekte | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Nierziekte | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Hoge bloeddruk | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Astma of COPD | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Epilepsie | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Andere ziekten | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, welke: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Komen in uw familie erfelijke ziekten / aandoeningen voor? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, welke: |  |
| Zo ja, welke: |  |
| Zo ja, welke: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Krijgt u een griepvaccinatie? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bent u onder behandeling van een specialist? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bent u wel eens geopereerd? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, waaraan en wanneer? |  |
| Zo ja, waaraan en wanneer? |  |

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?
Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:



|  |
| --- |
| **Leefstijl** |
| Rookt u? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, hoeveel sigaren / sigaretten per dag? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebruikt u alcohol? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, hoeveel consumpties per dag / per week? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gebruikt u drugs? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
| Zo ja, welke?  |  |

|  |
| --- |
| **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.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geeft u toestemming om uw medicatiegegevens bij uw vorige apotheek op te vragen? | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |
|  |  |  |  |  |
| Geeft u toestemming voor het uitwisselen van uw gegevens met het ziekenhuis en de centrale huisartsenpost?  | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |

Overige opmerkingen



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven\*  | [ ]   | Ja | [ ]   | Nee |

Velden met een \* zijn vereist om in te vullen.