



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

1. Wilt u uw oude huisarts bellen en doorgeven dat u bij onze praktijk bent ingeschreven en vragen uw medische dossier naar ons op te sturen?
2. Wilt u deze vragenlijst ingevuld meebrengen bij uw kennismakingsbezoek? Inclusief de bijgevoegde verklaring van inschrijving (pagina 4) die we nodig hebben voor de zorgverzekeraar.
3. Samen met een zwart/wit kopie van uw identiteitsbewijs en van uw verzekeringspasje.

Uw gegevens

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Naam: | Adres: |
| Voorletters: | Postcode: |
| Roepnaam: | Telefoon (mobiel): |
| Man/Vrouw: | Telefoon (thuis): |
| Geboortedatum: | Telefoon (werk): |
| Geboorteland: | E-mailadres: |
| In Nederland sinds: | Naam nieuwe Apotheek: |
| Contactpersoon: | |

Gegevens vorige huisarts

| |
|------------------|
| Vorige huisarts: |
| Plaats: |
| Telefoonnummer: |

Gezins- / Woonverband

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alleenwonend | <input type="checkbox"/> Gehuwd |
| <input type="checkbox"/> Samenwonend met: | <input type="checkbox"/> Gescheiden sinds: |
| <input type="checkbox"/> Huisgenoot van: | <input type="checkbox"/> Weduw/weduwenaar sinds: |

Heeft u kinderen? (Voor elk thuiswonend kind a.u.b. een formulier invullen)

| | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nee | |
| <input type="checkbox"/> Ja, thuiswonend | <input type="checkbox"/> Aantal: |
| <input type="checkbox"/> Ja, uitwonend | <input type="checkbox"/> Aantal: |

Werk / Opleiding

| | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Ik studeer | |
| <input type="checkbox"/> Voltooide school / opleiding: | |
| <input type="checkbox"/> Ik heb werk, als: | Waar: |
| <input type="checkbox"/> Ik heb een uitkering | |



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Pagina 1 van 4

Heeft u een bepaalde geloofsovertuiging? Zo ja, welke?

Heeft u hobby's? Zo ja, welke?

Doet u aan sport? Zo ja, welke?

Gezondheid en ziekten; bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

Nee

Ja, namelijk:

Had u ooit klachten van:

Suikerziekte

Angsten

Longziekte (astma, chronische bronchitis, tbc)

Eetstoornis

Hoge bloeddruk

Lever- of darmziekte

Hart- of vaatziekten

Maagziekte

Overspanning

Schildklierziekte

Depressie

Langdurige gewrichtsklachten

Geslachtsziekte / soa

Andere ziekte:

Gebruikt u geneesmiddelen?

Nee

Ja, namelijk:

Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen?



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Nee

Ja, namelijk:

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van bepaalde geneesmiddelen?

Nee

Ja, namelijk:

Bent u ergens allergisch voor?

Bepaald eten of drinken

Zo ja, welke:

Andere stoffen

Zo ja, welke:

Pagina 2 van 4

Heeft u weleens een groot ongeluk gehad of een operatie/ingreep gehad?

Nee

Ja, namelijk:

Leefstijl

Rookt u? Nee / Ja Aantal sigaretten per dag:

Drinkt u alcohol? Nee / Ja Aantal glazen per dag:

Gebruikt u drugs? Nee / Ja Welke / hoeveel:

Is er ooit een AIDS-test gedaan?

Nee

Ja Wanneer: Uitslag:

Bent u ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld?

Nee

Ja

Ziekten in de familie:

Suikerziekte Astma / Chronische bronchitis

Hoge bloeddruk Nierziekte

Hart- of vaatziekten Psychische ziekte

Beroerte of hersenbloeding Kanker, welke soort?



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

Geeft u toestemming om uw medische gegevens te delen met de huisartsenpost? ALLEEN VOOR SPOEDSITUATIES

De volgende medische gegevens worden gedeeld:

Medicatie gebruik, allergieën, chronische ziekten, laboratorium waarden en de consulten van de afgelopen 4 maanden.

Voorals u meerdere medicijnen gebruikt en/of meerdere ziektes heeft is het belangrijk dat deze gegevens ook bekend zijn voor de huisarts op de huisartsenpost.

Voor meer info zie: <https://www.whiteboxsystems.nl/faq>

JA ik geef toestemming

NEE ik geef geen toestemming

HANDTEKENING:

Pagina 3 van 4

VERKLARING van INSCHRIJVING bij HUISARTS

Ondergetekende(n)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Zorgverzekeraar:

Verzekerde nummer:

Verklaart hierbij dat hij/zij per ___ - ___ - _____ (dd-mm-jjjj)
als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisartsenpraktijk van Heerde
de Tourton Bruynsstraat 9
1063 XL Amsterdam
AGB-code praktijk 01053513

En geeft toestemming bij de vorige huisarts het medisch dossier op te vragen.

Plaats _____ Datum ___ - ___ - _____ Handtekening _____

Het betreft de volgende personen:

| Naam | Geboorte datum | M/V | Zorgverzekeraar | Verzekerdennummer |
|-------------|-----------------------|------------|------------------------|--------------------------|
|-------------|-----------------------|------------|------------------------|--------------------------|



VRAGENLIJST VOOR NIEUWE PATIËNTEN HUISARTSENPRAKTIJK VAN HEERDE

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

N.B. Dit is de officiële verklaring van inschrijving waarmee we bij uw zorgverzekeraar aan kunnen tonen, dat u bij ons ingeschreven staat.