



Huisartsenpraktijk Assendelft

Dorpsstraat 466
1566 BV ASSENDELFT

invullen door praktijkmedewerkster:
formulier retour dd.....
ingevoerd in comp. dd.....
gegevens ontvangen: papier / zft

Wilt u dit formulier volledig ingevuld (beiderzijds) en ondertekend af geven bij de assistente

Persoonsgegevens						
Achternaam (+ meisjesnaam)						
Voorletters + roepnaam:						
Geboortedatum:				Plaats:		
Geslacht:	Man			Vrouw		
Beroep:						
Burgerlijke staat:	gehuwd	ongetrouwd	gescheiden	samenwonend	weduwstaat	

Adresgegevens		
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
telefoonnummer	Huis:	Mobile: 06-
E-mailadres (duidelijk schrijven)		

Verzekeringsgegevens	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Burger Service Nummer (BSN)	

Vorige huisarts	
U dient zelf uw vorige huisarts in te lichten en toestemming te geven voor het doorsturen van uw medische gegevens.	
Naam:	
Straatnaam en huisnummer:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	

Apotheek		
U dient zelf uw inschrijving bij een apotheek te regelen.		
Apotheek Saendelft	Apotheek Kaaikhof	Anders:

Opt-in	
Toestemming voor het elektronisch delen van medische informatie met andere zorgverleners (EPD – LSP)	
Meer info op www.vzvz.nl	
Ik ben 16 jaar of ouder en geef zelf toestemming	ja nee
Mijn kind is jonger dan 12. Ik moeder/vader geef toestemming	Ja nee
Mijn kind is tussen 12 en 16 jaar. (moet zelf ook tekenen)	Ja nee
Hij/zij en ik, moeder/vader geven allebei toestemming	

Datum:

Handtekening:



Medicatie					
Gebruikt u geneesmiddelen?		Naam		Sterkte	Gebruik
ja	nee				
<i>(u kunt los overzicht bijvoegen)</i>					
Bent u overgevoelig of allergisch voor bepaalde geneesmiddelen?		Naam		Sterkte	Gebruik
ja	nee				
Gebruikt u zelfzorg-, alternatieve middelen of supplementen?		Naam		Sterkte	Gebruik
ja	nee				
Chronische ziekten					
Astma	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
COPD	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
Diabetes Mellitus (DM)	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
	type		type 1	type 2	
Insuline afhankelijk	nee	ja	soort:		
DM in familie	nee	ja			
	bij:				
Hart- of vaatziekte (HVZ)	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
	bij:				
	wat:	hartinfarct	Angina pectoris	CVA	TIA
					hersenvloeding
HVZ in familie	nee	ja			
	bij:				
Hoge bloeddruk	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
Osteoporose	nee	ja	<i>behandeling door:</i>	specialist	huisarts
Allergie	nee	ja	voor:		
Anders, nl:					

Overig					
Rookt u?	Ja,.....per dag		nooit	Gestopt sinds.....	
Gebruikt u drugs?	nee	ja	Welke?		
Gebruikt u alcohol?	nee	ja glazen	per dag	per week
Krijgt u jaarlijks de griep prik?	nee	ja			

Datum:

Handtekening:

