



Huisartsenpraktijk de Kastanje

U heeft zich bij ons in de praktijk aangemeld als nieuwe patiënt. Het is voor uw nieuwe huisarts prettig om van belangrijke en actuele zaken betreffende uw gezondheid op de hoogte te zijn, in aanvulling op de gegevens van uw vorige huisarts. Daarom willen wij u vragen voor elk lid van de familie dit formulier in te vullen. Dit formulier wordt bewaard bij uw medische gegevens.

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds .. - .. - 20.. als patiënt staat ingeschreven.

Voorletter(s) en achternaam	
Straatnaam + huisnummer	
Postcode + woonplaats	
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/> anders namelijk
Geboortedatum	
Telefoonnummer(s)	
Email adres	
Land van herkomst	
Gesproken taal	
Zorgverzekeraar + verzekeringsnummer	
BSN nummer	
ID nummer: <input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> ID kaart <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Vreemdelingendocument	
Apotheek binnen Hoogeveen	
Vorige huisarts	
Plaats vorige huisarts	

Is uw vorige huisarts gebeld en worden uw medische gegevens z.s.m. geleverd?    Ja  Nee  
(zo nee, dan verzoeken wij u dit dringend in orde te maken)

**Hierbij geef ik huisartsenpraktijk de Kastanje toestemming om mijn medische dossier op te vragen:**

Plaats	
Datum	
Handtekening	

**Voor medewerker huisartsenpraktijk de Kastanje**

Op MGN aanmelden	
Controle ID bewijs	
LSP formulier volledig ingevuld en getekend?	
Bij kinderen: check ouderlijk gezag, evt. formulier meegeven	
Indien patiënt(en) afkomstig uit AZC: GZA formulier getekend?	
Navraag volmacht	

**Z.O.Z.**

**Heeft u de volgende ziekten:**

Suikerziekte	0 ja	0 nee
Hart/vaatziekte	0 ja	0 nee
Hoge bloeddruk	0 ja	0 nee
Astma/ COPD	0 ja	0 nee
Epilepsie	0 ja	0 nee
Allergie	0 ja	0 nee , zo ja voor

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?** 0 ja 0 nee

Zo ja, namelijk bij: .....

**Is uw milt bij u verwijderd?** 0 ja 0 nee

Zo ja, reden hiervan is:.....

**Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie:** 0 ja 0 nee

**Zijn er familieleden (ouders, broer(s), zus(sen)) met:**

Suikerziekte	0 ja	0 nee
Astma/ COPD	0 ja	0 nee
Hart/vaatziekte	0 ja	0 nee

Borst- of dikke darmkanker of andere familiale aandoeningen?

**Graag nog enkele algemene vragen:**

Land van geboorte: .....

Beroep:.....

Momenteel werkzaam: 0 ja 0 nee 0 Pensioen 0 Vut 0 Arbeidsongeschikt 0 Werkloos

Soort woonverband: 0 Gehuwd 0 ongehuwd 0 samenwonend 0 gescheiden

0 partner overleden

Kinderen: 0 ja, hoeveel .... 0 nee

Hebben beide ouders volledig gezag?

0 ja,

0 nee, alleen moeder,

0 nee, alleen vader,

0 anders.....

Heeft u familieleden of iemand anders volmacht gegeven t.a.v. uw medisch dossier?

0 ja, namelijk.....

0 nee

0 nee, maar zou dit wel graag willen

Heeft u moeite met lezen of schrijven? 0 ja 0 nee

Roken: 0 ja, zo ja gemiddeld ..... sigaretten per dag, anders: .....

0 nee

0 gestopt, wanneer gestopt?.....

Gebruikt u drugs? 0 ja, zo ja namelijk.....

0 nee

Drinkt u alcohol? 0 ja, zo ja namelijk ..... consumpties per dag.

0 nee

Heeft u een donorcodicil? 0 ja 0 nee

Ruimte voor evt. opmerkingen en medicatiegebruik (naam van medicatie + gebruik), tenzij al goed bij ons bekend:

Wij hebben een website, waar alle laatste nieuws en informatie over de praktijk op staat:

[www.dekastanjehuisartsen.nl](http://www.dekastanjehuisartsen.nl)