

Wat moet u vooraf weten:

- U kunt zich in principe alleen inschrijven wanneer u in de wijk Kloosterveen woont (in sommige gevallen accepteren we patiënten buiten de wijk, dit alleen na telefonisch overleg).
- Zorg dat u voor in ieder geval twee weken aan herhaalmedicatie thuis heeft voordat u zich inschrijft, het verwerken van uw medische gegevens kan namelijk wat tijd kosten.
- Kinderen tot 12 jaar oud mogen alleen ingeschreven worden wanneer de (beide) gezaghebbers hiertoe toestemming geven, dit formulier van de patiënt moet door beide gezaghebbers worden ondertekend.

Hoe kunt u zich aanmelden:

- Lever het aanmeldformulier volledig ingevuld in
- Neem voor elk gezinslid een geldig identificatiebewijs mee (of een kopie)
- Neem zo nodig een kopie van het gezagsregister mee
- Informeer dezelfde dag uw vorige huisarts, zodat deze het dossier kan opsturen

Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Adres:	
Postcode/plaats:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
BSN:	
Document nr:	
Telefoonnummers:	
E-mail:	
Zorgverzekeraar:	
+ Inschrijfnummer:	
Vorige huisarts:	
+ Plaats:	
Beroep:	
Inschrijfdatum:	<input type="checkbox"/> Z.S.M. <input type="checkbox"/> Anders: - -
Nieuwe apotheek:	<input type="checkbox"/> Apotheek Kloosterveen <input type="checkbox"/> Anders:

Ondergetekende verklaart ingeschreven te staan bij Huisartsenpraktijk Kloosterveen en gaat akkoord met het overnemen van het medisch dossier.

(Kinderen tot 12 een paraaf en naam van de beide gezaghebbers)

Handtekening:

--

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Kloosterveen

Naam:

Geboortedatum:

Rookt u of heeft u gerookt?	<input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gestopt
Hoeveel alcohol drinkt u per week?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja ... glazen per week
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk: <input type="checkbox"/> voorheen, namelijk
Bent u zwanger of hoopt u dit binnenkort te worden?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, zwanger, uitteldatum: <input type="checkbox"/> ja, nu een kinderwens, maar nog niet zwanger
Voor welke geneesmiddelen of andere stoffen bent u allergisch?	
Wat voor operaties heeft u ondergaan en wanneer?	
Welke medicijnen gebruikt u?	

Welke medische problemen heeft u op dit moment of eerder gehad en welk soort?

suikerziekte, type: ...	angst- / paniekstoornis	artritis
astma / CARA	depressie	reumatoïde artritis
COPD / Longemfyseem	eetstoornis, namelijk	fibromyalgie
hoge bloeddruk	ziekte van crohn	andere gewrichtsklachten
verhoogd cholesterol	colitis ulcerosa	geslachtsziekten:
hart-/vaatziekten namelijk:	hepatitis, type:	kanker, namelijk:
.....	spastische/prikkelbare darm	anders:
overspannenheid	andere darm ziekte

Welke ziektes komen in uw directe familie voor, welk soort, bij wie en op welke leeftijd?

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om: hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, hart / vaatziekten, beroerte, kanker, suikerziekte, astma, nierziekten, psychische ziekten.

Ziekte	Type	Wie	Leeftijd

Overige relevante informatie / waar moeten wij rekening mee houden?