



## Verklaring van inschrijving bij de huisartsenpraktijk in Wapenveld

Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt is het belangrijk dat we snel inzicht in uw gezondheids-toestand hebben. Daarom vragen we u dit formulier voor elk gezinslid in te vullen en bij de assistente aan de balie in te leveren.

Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts en apotheek vragen uw medische gegevens aan ons te sturen?

Als u behoefte hebt aan een kennismakingsgesprek, kunt u daarvoor bij de assistente een afspraak maken.

### Algemene gegevens:

Achternaam: .....man / vrouw.....

Voorletters: (evt. roepnaam):.....Geboortedatum:.....

BSN: .....

Burgerlijke staat: .....

Adres en postcode: .....

Telefoonnummer:038- .....Mobiel: 06- .....

E-mail .....

Legitimatie (soort document):.....Rijbewijs/Paspoort/Identiteitskaart.....

Legitimatie nummer: .....

Naam zorgverzekeraar:.....UZOVI nr:.....

Verzekeringsnummer:.....

Naam vorige huisarts:.....Fax: .....

Adres en Plaats: .....

Naam vorige apotheek:.....Fax .....

Adres en Plaats:.....

Dit is mijn verklaring van inschrijving bij Huisartsenpraktijk Wapenveld :

Wapenveld, .....-.....-..... (datum)

Naam: .....

Handtekening: ..... (bij minderjarigen ouders of voogd)

Toestemmingsformulier elektronisch uitwisselen van medische gegevens  
Ja Nee

s.v.p. kopie van ID kaart of paspoort toevoegen of laten zien aan de balie  
Dit formulier wordt gefaxt naar uw vorige huisarts en vorige apotheek als  
verklaring van inschrijving bij huisartsenpraktijk Wapenveld.

#### Adres

Putterweg 6a  
8191 AZ Wapenveld

Telefoon: 038 447 8701

info@praktijkwapenveld.nl

praktijkwapenveld.nl

K.v.K.: 08199318

BTW.: 8064.71.050.B.01

BIC: INGGBNL2A

IBAN:NL50INGB0007998128

**Voor assistente:**

**Elektronisch dossier**

**Papieren dossier**

**Medicatie overzicht**

**Medische gegevens:**

Bent u allergisch (bijv. medicijnen)? 0 nee 0 ja namelijk voor:.....  
 Rookt u? 0 nee 0 ja zo ja; sinds...../..... sigare(tte)n per dag  
 Gebruikt u alcohol? 0 nee 0 ja zo ja; ..... consumpties per dag  
 Krijgt u een griepvaccinatie? 0 nee 0 ja wegens: .....

Komen de volgende ziekten voor? bij u of in uw familie namelijk bij:  
 Suikerziekte nee /ja nee/ja .....  
 Hart/vaatziekte nee /ja nee/ja .....  
 Nierziekte nee /ja nee/ja .....

Medische gegevens vervolg: Bij u of In uw familie Namelijk bij:  
 Hoge bloeddruk nee /ja nee/ja .....  
 Epilepsie nee /ja nee/ja .....  
 COPD of Astma nee /ja nee/ja .....  
 Verhoogd cholesterol nee /ja nee/ja .....  
 Kanker nee /ja nee/ja .....  
 Psychische stoornis nee /ja nee/ja .....  
 Andere belangrijke ziekten: .....

Wordt u behandeld door een specialist? 0 nee 0 ja  
 Zo ja, door wie en waarvoor: .....

Belangrijke operaties ondergaan 0 nee 0 ja  
 Zo ja, welke, in welk jaar?.....

Ooit een ongeval gehad? 0 nee 0 ja  
 Zo ja, wat, wanneer, zijn er blijvende gevolgen?.....

Gebruikt u medicijnen? 0 nee 0 ja,  
 Namelijk: **Naam medicijn:** **Hoeveel mg:** **Gebruik:**  
 1..... mg ..... x daags  
 2..... mg ..... x daags  
 3..... mg ..... x daags  
 4..... mg ..... x daags

Huidige ziekten:  
 .....  
 .....



.....

.....

Tot slot:  
Voelt u zich over het algemeen gezond?

.....

.....

Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts dat weet of dat u graag met uw huisarts wilt bespreken?.....

.....

.....

.....

