|  |
| --- |
|  |

**Intakeformulier nieuwe patiënt**

Geachte heer/mevrouw,

Van harte welkom bij apotheekhoudende huisartsenpraktijk De Waag.

Om u te kunnen inschrijven als patiënt hebben wij uw gegevens nodig.

Vul daarom onderstaand formulier zo zorgvuldig mogelijk in.

Wij verwerken dit in ons systeem en de huisarts zal dit formulier de eerstvolgende keer dat u komt met u doornemen.

**Altijd een medicatieoverzicht**

Bij het verstrekken van nieuwe medicijnen of bij wijzigingen in het medicijngebruik ontvangt u van ons een medicatieoverzicht.

Houd dit overzicht altijd bij u en neem dit mee als u naar een andere zorgverlener gaat. Met dit medicatieoverzicht is een volgende zorgverlener goed geïnformeerd over uw medicijngebruik, ook in geval van spoed.

Geeft u wijzigingen in uw medicijngebruik aan ons door? Zo houden wij uw dossier actueel en kunnen wij u veilig van geneesmiddelen voorzien.

Heeft u vragen neem dan gerust contact op met onze praktijk.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persoonsgegevens** | | | | |
| Achternaam: | |  | | |
| Meisjesnaam: | |  | | |
| Voorletters | |  | | |
| Roepnaam: | |  | | |
| Geboortedatum: | |  | | |
| Geslacht: | |  | | |
| Beroep: | |  | | |
| Burgerlijke staat: | |  | | |
| **Adresgegevens** | | | | |
| Straatnaam: | |  | | |
| Huisnummer: | |  | | |
| Postcode: | |  | | |
| Woonplaats: | |  | | |
| Telefoonnr: | |  | | |
| Mobiel: | |  | | |
| E-mail: | |  | | |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** | | | | |
| Naam zorgverzekeraar: | | |  | |
| Verzekeringsnummer: | | |  | |
| Verzekering begindatum: | | |  | |
| BurgerServiceNummer: | | |  | |
| **Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:** | | | | |
| Naam: |  | | | |
| Adres: |  | | | |
| Woonplaats: |  | | | |
| Telefoonnr: |  | | | |
| E-mail: |  | | | |
| **Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:** | | | | |
| Naam: |  | | | |
| Adres: |  | | | |
| Woonplaats: |  | | | |
| Telefoonnr: |  | | | |
| **Medische gegevens** | | | | |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?  (bijv. penicilline, lactose)  Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen? | | | | |
| Geneesmiddel en /of hulpstof: | | | | Bijwerking: |

Bovenkant formulier

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gebruikt u medicijnen?** | * + Ja   + Nee | | |
| Naam geneesmiddel: | Hoeveel mg: | | Gebruik per dag of per week: |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**  (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid) | | | |
| Heeft u problemen met bepaalde medicatie? | | Zo ja, welk probleem heeft u? | |

|  |
| --- |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?**   * + Ja   + Nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?** | | |
|  | Bij u: | In uw familie: |
| Suikerziekte: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Hart/vaatziekte: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Nierziekte: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Hoge bloeddruk: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Astma of COPD: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Epilepsie: | * + Ja   + Nee | * + Ja   + Nee |
| Andere ziekten: | Bij u: | In uw familie: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u onder behandeling van een specialist?** | * + Ja   + Nee |
| **Bent u wel eens geopereerd?** | * + Ja   + Nee |

|  |
| --- |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.**  Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven: |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leefstijl** | | |
| **Rookt u?** **Gebruikt u alcohol of drugs?** | * + Ja   + Nee | Zo ja, hoeveel per dag? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.**  **Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. Zie voor informatie op www.vzvz.nl** | |
| Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen: | * + Ja   + Nee |
| Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling: | * + Ja   + Nee |
| Gegevens bij andere zorgverleners opvragen: | * + Nee, nooit   + Nee, tenzij   + Ja, altijd, geen bewaar tegen   uitwisseling   * + Ja, onder voorbehoud |
| Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners: | * + Nee, nooit   + Nee, tenzij   + Ja, altijd, geen bezwaar tegen   uitwisseling   * + Ja, onder voorbehoud |

**Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.**

**Datum …………………** **Handtekening…………………..**

Onderkant formulier