Beste patiënt,

U ontvangt deze vragenlijst omdat u zich wil aanmelden als nieuwe patiënt in onze huisartsenpraktijk.

Wij vragen u om dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Zo krijgt uw nieuwe huisarts een goed beeld van u en uw medische voorgeschiedenis. Wilt u voor ieder gezinslid a.u.b. een apart formulier invullen?

Als u de vragenlijst heeft ingevuld, kunt u deze aan de balie afgeven. Alle onderstaande gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Wilt u zo vriendelijk zijn om **(een kopie van) uw verzekeringsbewijs en paspoort of identiteitskaart** mee te nemen? Indien u deze niet bij u heeft, is het voor ons niet mogelijk om u in te schrijven.

U moet uw medische gegevens zelf bij uw oude huisarts opvragen.

Door op de laatste pagina uw handtekening te zetten, verklaart u dat u zich bij ons inschrijft.

Alvast bedankt voor de genomen moeite.

Medewerkers Huisartsenpraktijk Bocholtz

**Inschrijfformulier nieuwe patiënten, kinderen onder de 16 jaar:**

**Personalia:**

Volledige achternaam ………………… Voornaam …………….M/V

 ……………….... Voorletters ………...……….

Geboortedatum ………………… Geboorteplaats …………………

Straat ………………… Huisnummer …………………

Postcode ………………… Woonplaats …………………

Tel. thuis ………………… Nationaliteit …………………

Tel. werk ………………… Tel. mobiel …………………

E-mail ………………… Burg. staat …………………

**U wordt ingeschreven binnen Huisartsenpraktijk Bocholtz; u wordt gekoppeld aan één van de huisartsen.**

**Het staat u altijd vrij om bij het maken van de afspraak uw voorkeur aan te geven; wij vragen u wel om voor één klacht wel weer terug te komen bij dezelfde huisarts**

**Eventuele contactpersonen**

Gegevens moeder: …………………………… Tel. nr…………………

Gegevens vader …………………………… Tel.nr …………………

**Verzekeringsgegevens**

Naam zorgverzekeraar …………………………………………..

Polisnummer …………………………………………..

Burger Service Nummer (BSN) …………………………………………..

**Vorige huisarts**

Naam …………………………………………………..

Adres …………………………………………………..

Postcode + Woonplaats …………………………………………………..

Telefoon …………………………………………………..

Reden vertrek …………………………………………………..

**Woonverband**

[ ] Gezin met beide ouders

[ ] Gezin met moeder

[ ] Gezin met vader

[ ] Ander woonverband, namelijk …….

Indien woonachtig bij één van de ouders: welke ouder heeft het gezag?

…………………….

**Opleiding**

[ ] School ………………………………………………………….

**Gezondheid en ziekten**

Heeft u klachten (gehad) van:

[ ] Suikerziekte sinds ………………………………

[ ] Longziekte sinds ……………………………..

[ ]  Astma sinds ……………………………..

[ ] COPD sinds ……………………………..

[ ] Hoge bloeddruk sinds ……………………………...

[ ] Hart- en Vaatziekten sinds ………………………………

[ ] Beroerte/TIA sinds ………………………………

[ ] hartritmestoornis sinds ………………………………

[ ] Hartinfarct sinds ………………………………

[ ] Angina pectoris sinds ………………………………

[ ] Etalagebenen/ claudicatio sinds ………………………………

[ ] Geslachtsziekte sinds ………………………………

[ ] Depressie sinds ………………………………

[ ]  Angsten sinds ………………………………

[ ] Overspannen sinds ………………………………

[ ] Eetstoornis sinds ………………………………

[ ] Lever- of darmziekten sinds ………………………………

[ ] Aanhoudende gewrichtsklachten sinds ………………………………

[ ] Kanker sinds ………………………………

welke?.……………………………..

[ ] Schildklierafwijking sinds ………………………………

[ ] Huidaandoening sinds ………………………………

[ ] Nierziekte sinds ………………………………

[ ] Trombose / Longembolie sinds ………………………………

[ ] Andere ziekten, namelijk……………………………..

sinds ………………………………

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

[ ] Nee

[ ] Ja

Specialisme ……………………….. Ziekte …………………

Specialisme ……………………….. Ziekte …………………

Specialisme ……………………….. Ziekte …………………

Krijgt u nog andere begeleiding?

[ ]  Huishoudelijke hulp

[ ]  (Gespec.) Thuiszorg

[ ]  Maatschappelijk Werk

[ ]  Psycholoog

Werd u begeleid door de praktijkondersteuner van de huisarts?

[ ]  Nee

[ ]  Ja, in het kader van

[ ]  Hart- en vaatziekten

[ ]  astma/COPD

[ ]  psychische klachten

Heeft u wel eens een ernstige ziekte doorgemaakt, een operatie ondergaan of een groot ongeval ?

[ ] Nee

[ ] Ernstige ziekte ………………………………………………………….

[ ] Operatie ………………………………………………………….

[ ] Ongeval ………………………………………………………….

Gebruikt u geneesmiddelen? (denk ook aan de pil)

[ ] Nee

[ ] Ja, namelijk

Naam Dosering

…………………………………. ………………………..

…………………………………. ………………………..

…………………………………. ………………………..

…………………………………. ………………………..

Bent u ergens overgevoelig/ allergisch voor?:

[ ] Nee

[ ] Ja, geneesmiddel: …………………………………………………..

[ ] Ja, eten/drinken: …………………………………………………..

[ ] Ja, andere stoffen: …………………………………………………..

Heeft u het afgelopen jaar de griepprik gehad?

[ ] Nee

*Indien u 60 jaar of ouder bent; wat is de reden dat u geen griepprik heeft gehad? ………………………………………………………….*

[ ] Ja, reden *………………………………………………………….*

**Vragen over verslavingen, voor oudere kinderen**

Rookt u?

[ ] Nee

[ ] Ja, ……………………. sigaretten per dag

[ ] Gestopt sinds: …………… aantal sigaretten per dag gerookt………………………………

Gebruikt u alcohol?

[ ] Nee

[ ] Ja, ………………………………………………..glazen per week

Gebruikt u drugs of verdovende middelen?

[ ] Nee

[ ] Ja, namelijk……………………………………………………………….

**Sport**

Doet u aan sport?

[ ] Nee

[ ] Ja, welke…………………………………………………………………

***Ziekten in de familie***

Komt/komen onderstaande familiare ziektes voor bij u in de familie?

Zo ja, bij wie en op welke leeftijd?

[ ] Suikerziekten …………………………………………..

[ ] Hoge bloeddruk …………………………………………..

[ ] Hart- en vaatziekten …………………………………………..

[ ] Verhoogd cholesterol …………………………………………..

[ ] Longziekten …………………………………………..

[ ] Nierziekte ........……………………………………..

[ ] Psychische aandoening ……………………………………………

[ ] Kanker, welke? ……………………………………………

[ ] Andere ziekte, nl ……………………………………………

**Overig**

Apotheek

[ ]  Apotheek Bocholtz

[ ]  Apotheek Simpelveld

[ ]  Elders, namelijk

[ ]  Ik maak gebruik van een blister

[ ]  Ik wil gebruik maken van “herhaalgemak”  *Hiervoor verwijzen we u naar uw apotheek*

E-health *(via internet inplannen afspraken, e-mailconsult)*:

[ ]  Ik wil gebruik maken van e-health

Heeft u bezwaar tegen deelname aan het Research Network van de Universiteit Maastricht?

[ ]  Nee

[ ]  Ja

Is er verder nog iets waarvan u het nodig vindt dat de huisarts het weet?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Toestemmingsformulier betreffende overdracht medisch dossier**

Naam patiënt : …………………………………………………………………………………….

BSN : …………………………………………………………………………………….

Geb. datum : …………………………………………………………………………………….

Adres : …………………………………………………………………………………….

Postcode : …………………………………………………………………………………….

Woonplaats : …………………………………………………………………………………….

Huidige huisarts: ……………………………………………………………………………………

Nieuwe huisarts: ……………………………………………………………………………………

Adres : …………………………………………………………………………………….

Postcode : …………………………………………………………………………………….

Woonplaats : …………………………………………………………………………………….

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te geven voor de overdracht van het medisch dossier t.b.v. de nieuwe huisarts.
Het medisch dossier zal middels aangetekende post of via het beveiligde Zorgtransfer systeem worden overgedragen.

Datum : …………………………………………Plaats:………………………………………….

Handtekening: …………………………………………………………………………

U dient dit formulier retour te zenden of langs te brengen bij de Huisartsenpraktijk.
Zonder dit formulier mogen wij uw medisch dossier niet overdragen/opvragen.