

Kennismakingsgesprek ingepland op

datum : ___ / ___ / ___

tijdstip : _____

ID gecontroleerd: _____

Intakeformulier nieuwe patiënt

Historie	
Al eerder patiënt geweest in onze praktijk:	Ja / Nee

Persoonsgegevens	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geboorteplaats:	
Geslacht:	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

Adresgegevens	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Mobiel:	
E-mail:	

Contactpersoon (optioneel)	
Naam:	
Telefoonnr:	
Relatie met hem/haar: (familie, burens, vriend)	

In te vullen door medewerkers praktijk:

Doktersass	Dienstdoende ha	Apo ass	Administratie
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Paraaf:	Paraaf:	Paraaf:	Paraaf:

Bij kinderen in gezinshuis (optioneel)	
Naam gezaghebbende ouder/voogd:	
Relatie tot kind:	
Is er sprake van een geheime plaatsing:	Ja / Nee
Telefoonnr:	
Handtekening gezaghebbende ouder/voogd:	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Burger Service Nummer:	

Gegevens vorige huisarts	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Faxnummer:	

Gegevens vorige apotheek	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Faxnummer:	

Overgevoeligheid / bijwerkingen	
Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?	
<u>Geneesmiddel en /of hulpstof:</u>	<u>Bijwerking:</u>

Medicatie			
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja		
Zo ja, is er sprake van chronisch medicatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja -> uw chronische medicatie zal via onze Herhaalservice worden verstrekt. U ontvangt per e-mail een bericht als uw medicatie klaar staat. Zie voor meer informatie de folder Herhaalservice Apotheek.		
Bij gebruik Herhaalservice: E-mailadres van u of familie/mantelzorger:			
Wilt u hieronder uw medicijngebruik invullen? Bij de chronische medicatie graag vermelden het aantal dat u per geneesmiddel nog op voorraad heeft, op de datum dat u dit schema invult.			
Datum van invullen schema:			
<u>Naam geneesmiddel:</u>	<u>Hoeveel mg:</u>	<u>Gebruik per dag / per week:</u>	<u>Aantal op voorraad:</u>

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? Denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<u>Naam middel:</u>	<u>Gebruik per dag of per week:</u>

<p>Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p><u>Welk geneesmiddel geeft problemen:</u></p>	<p><u>Welk probleem heeft u:</u></p>

<p>Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem (baxterrollen) voor uw geneesmiddelen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Tot wanneer heeft u medicatie in huis?</p>	

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?		
	Bij u:	In uw familie:
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hart/ vaatziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Andere ziekten:	Bij u:	In uw familie:

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke?	

Bent u zwanger of recent zwanger geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Wat is de uitgerekende datum / wat was de datum van bevallen?	
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarom?	

Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis?	

Bent u wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waaraan en wanneer?	

Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, wanneer en zijn er blijvende gevolgen?	

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts hiervan op de hoogte moet zijn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, kunt u deze onderwerpen aangeven?	

Leefstijl	
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?	
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?	
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke?	

**We verzoeken u dit formulier bij de balie van de huisartsenpraktijk in te leveren.
Wilt u hierbij het ID bewijs van uzelf en evt het ID bewijs van uw partner/kinderen meenemen?
De assistente maakt graag een afspraak met u voor een kennismakingsgesprek met de huisarts.**

Bijlage 1: Toestemmingsformulier opvragen gegevens bij vorige huisarts en apotheek

Bijlage 2: Toestemmingsformulier LSP

Folders : Folder Huisartsenpraktijk, folder Gezondheidscentrum, folder Uw Zorg online, folder LSP

Toestemmingsformulier opvragen gegevens bij vorige huisarts en apotheek

Naam:	
Geboortedatum:	

<p>Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.</p> <p>Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.</p>	
Medische gegevens bij vorige huisarts opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<p>Ik ga akkoord met het opvragen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.</p> <p>Wilt u hieronder uw handtekening zetten?</p> <p><i>Bij kinderen gelden de volgende regels voor het zetten van een handtekening:</i> Kinderen tot 12 jaar: Handtekening van gezaghebbend ouder/voogd Kinderen van 12 tot 16 jaar: Handtekening van gezaghebbend ouder/voogd en kind Kinderen van 16 jaar en ouder: Handtekening alleen van de persoon zelf</p>	
Handtekening patiënt:	
Handtekening gezaghebbend ouder/voogd:	

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



Ik geef **wel/geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

IK GEEF TOESTEMMING AAN DE HUISARTS: JA
 NEE

IK GEEF TOESTEMMING AAN DE APOTHEEK: JA
 NEE

Naam praktijk: Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Achterveld De Heelkom

Adres: W. van Amersfoortstraat 36

Postcode en plaats: 3791 Achterveld

Mijn gegevens

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Is deze toestemming voor je kind?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je in onderstaand blok tekenen.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd zet een handtekening (in het blok hieronder) én het kind zet een handtekening hierboven bij Mijn gegevens.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming, een handtekening van ouder of voogd is niet nodig.

**Handtekening
ouder of voogd:** _____

Datum: _____