

Inschrijfformulier V&V Huisartsen

Mw. N.J. Pes-Veenstra en mw. H.M.M. Vos, huisartsen
Apeldoornselaan 79 – 2573 LD – Den Haag – Tel: 070-3603322

Achternaam: _____ M/V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Beroep: _____

Zorgverzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer: _____ Sofinummer (BSN): _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats: _____

Achternaam: _____ M/V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Beroep: _____

Zorgverzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer: _____ Sofinummer (BSN): _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats: _____

Achternaam	Roepnaam	Voorletters	M/V	Geb. datum	Verzekerings maatschappij	Polis nummer	BSN
			M/V				
			M/V				
			M/V				
			M/V				

Ondergetekende schrijft zich in bij V&V Huisartsen en geeft hierbij toestemming voor het doorsturen van het elektronisch medisch dossier door de vorige huisarts naar V&V Huisartsen (u draagt zelf zorg voor het uitschrijven bij uw vorige huisarts en het opvragen van het schriftelijk medisch dossier).

Wilt u dat wij u aanmelden bij het Landelijk Schakelpunt (Elektronisch Patiëntendossier) zodat we informatie kunnen delen met de apotheek en de huisartsenpost (zie de brief hierover, of vraag hiernaar bij de assistente)?

Ja/Nee

Plaats: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Inschrijfformulier V&V Huisartsen

Mw. N.J. Pes-Veenstra en mw. H.M.M. Vos, huisartsen
Apeldoornselaan 79 – 2573 LD – Den Haag – Tel: 070-3603322

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Hebt u ooit klachten (gehad) van:

- Suikerziekte
- Hoge bloeddruk
- Hartinfarct
- Astma
- COPD/emfyseem/rokerslong
- Schildklierziekte
- Depressie
- Angststoornis
- Maag-, darm- of leverziekte, zoals: _____
- Reumatoïde artritis
- Kanker, namelijk _____
- Anders: _____

Slikt u medicijnen? Zo ja, welke?

Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, vul het specialisme, de naam en het ziekenhuis in:

1. _____
2. _____
3. _____

Bent u ergens allergisch voor?

- Nee
- Medicijnen, namelijk: _____
- Jodium en/of bruine pleisters
- Anders: _____

Kreeg u in het afgelopen jaar een griep prik?

- Nee
- Ja, vanwege: _____

Bent u ooit geopereerd of heeft u een ongeluk gehad? Zo ja, vul in wanneer en wat:

1. _____
2. _____
3. _____

Rookt u?

- Nee
- Niet meer, ik ben ____ jaar geleden gestopt.
- Ja, ____ sigaretten per dag

Drinkt u alcohol?

- Nee
- Ja, ____ glazen per dag/week

Komen er ziektes voor bij eerstegraads familieleden (ouders, broers/zussen, kinderen)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Suikerziekte |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hoog cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten onder de 65 jaar | <input type="checkbox"/> Kanker, namelijk _____ |

Indien u vrouw bent:

Heeft u last (gehad) van:

- Zwangerschapssuikerziekte
- Hoge bloeddruk tijdens de zwangerschap
- Zwangerschapsvergiftiging
- Opvliegers tijdens de overgang

Bent u momenteel zwanger?

- Nee
- Ja, laatste menstruatie:
Uitgerekende datum
Verloskundige: _____