



Huisartsenparaktijk  
De Grooth

Oranjetuin 92  
2665 VJ Bleiswijk  
Tel: 010-5215241

## INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIËNTEN

Wanneer u zich in onze praktijk aanmeldt als nieuwe patiënt is het belangrijk dat we snel inzicht hebben in uw gezondheidstoestand. We vragen u daarom pagina 2 t/m 4 van dit formulier voor ieder gezinslid apart in te vullen en bij de assistente in te leveren samen met een kopie van uw paspoort of identiteitskaart en een kopie van uw verzekeringsbewijs van uw zorgverzekeraar.

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

U bent van harte welkom voor een kennismakingsgesprek. U kunt hiervoor een afspraak maken bij de assistente

Bij voorbaat dank en tot zien,

Dokter de Grooth, dokter Stakenburg en assistentes

### Gezinssamenstelling:

Hoofdbewoner.....geboortedatum.....  
Partner.....geboortedatum.....  
Kinderen.....geboortedatum.....  
.....geboortedatum.....  
.....geboortedatum.....  
.....geboortedatum.....  
.....geboortedatum.....

**ALGEMENE EN MEDISCHE GEGEVENS**

(voor elk gezinslid apart in te vullen)

**Algemene gegevens:**

Naam.....M/ V  
Voorletters.....Roepnaam.....  
Geboortedatum.....  
Adres/postcode.....  
Telefoonnummer.....Mobiel.....  
E-mail.....  
Burgerlijke staat.....  
Beroep/opleiding.....  
Evt. kerkgenootschap/overtuiging .....  
Burgerservicenummer.....  
Zorgverzekeraar.....Inschrijfnummer.....  
Vorige huisarts.....Woonplaats.....  
Wie te bellen bij calamiteiten/nood.....Tel.....

**Medische gegevens:**

Voorgeschiedenis

Was u in het verleden ernstig ziek? Nee/ ja  
Zo ja, welke ziekten en wanneer?  
.....  
.....  
.....  
.....

Heeft u belangrijke operaties ondergaan? Nee/ ja  
Zo ja, welke en wanneer?  
.....  
.....  
.....  
.....

Huidige gezondheid

Bent u op dit moment ziek Nee/ ja  
Zo ja, wat zijn u huidige ziekten?  
.....  
.....  
.....  
.....

Wordt u behandeld door een specialist? Nee/ ja

Zo ja, door wie en waarvoor?

.....  
.....  
.....  
.....

Drinkt u alcohol?	Nee / ja	..... consumpties/dag
Rookt u?	Nee / ja, sinds.....	..... sigaretten/dag
Krijgt u de griepvaccinatie?	Nee / ja, wegens.....	
Bent u allergisch? (bijv. voor medicijnen of voeding?)	Nee / ja, voor .....	

Komen de volgende ziekten voor?	<u>bij u</u>	of	<u>in de familie</u>
Suikerziekte	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Hoge bloeddruk	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Hart- en vaatziekten	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
COPD en/of astma	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Nierziekten	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Epilepsie	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Allergie	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Kanker	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Gewrichtsaandoeningen	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Huidziekten	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Depressie	Nee / ja		Nee / ja, bij .....
Psychische ziekten	Nee / ja		Nee / ja, bij .....

Medicatie

Gebruikt u medicijnen? Nee / ja

Naam medicijn	hoeveel mg	gebruik
1. ....	..... mg	..... x daags
2. ....	..... mg	..... x daags
3. ....	..... mg	..... x daags
4. ....	..... mg	..... x daags
5. ....	..... mg	..... x daags
6. ....	..... mg	..... x daags
7. ....	..... mg	..... x daags

**Tot slot**

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

.....  
.....  
.....  
.....

Bleiswijk, .....(datum)

Naam:.....

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