**Huisartsenpraktijk Bergse Bos** INSCHRIJFFORMULIER

Van Beethovenlaan 60

3055 JD Rotterdam

### Tel. 010 – 303 1800

Geachte heer, mevrouw

U wilt zich inschrijven als patiënt in onze praktijk. Hartelijk welkom! Graag willen wij van u een aantal dingen weten. Wilt u deze hieronder invullen en **persoonlijk** afleveren bij de praktijk, *voorzien van een kopie van uw verzekeringspas en paspoort of rijbewijs.* Ingestuurde formulieren kunnen wij helaas niet in behandeling nemen.

## PERSONEN (NB: nummers vindt u op de verzekeringspasjes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voor-letters | Voornaam | Achternaam | m/v | Geboorte-datum | Burger Service Nummer (BSN) | Zorgverzekeraar | Relatienummer/ Verzekeringsnummer |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ALGEMENE GEGEVENS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Straat + huisnummer |  | |
| Postcode |  | |
| Telefoon thuis | 010 - | |
| Mobiele telefoon(s) | 06 - t.n.v. | 06 - t.n.v. |
| E-mailadres(sen) |  |  |
| Gewenste apotheek |  | |
| Oude huisarts |  | |
| Straat en plaats |  | |

DATUM HANDTEKENING

INSCHRIJFVERKLARING  
om dossier(s) op te vragen bij uw oude huisarts

*Ondergetekende,*

Naam …………………………………….

Geboortedatum …………………………………….

BSN-nummer …………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Naam huisgenoten | Geboortedatum |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Verklaart sinds ………………. als patiënt ingeschreven te staan bij:*

Praktijk Bergse Bos en huisarts W.D. Boswinkel

Van Beethovenlaan 60

3055 JD Rotterdam

Tel: 010 - 303 1800

*en verzoekt hierbij:*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam oude huisarts |  |
| Adres |  |
| Postcode, woonplaats |  |

* *hem/haar (en evt. familieleden) uit te schrijven uit zijn/haar praktijk*
* *het medisch dossier op te sturen.*

Plaats Datum Handtekening

Rotterdam …………… ……………………………..

Wij stellen het op prijs, als u dit formulier over uw gezondheid wilt invullen. Als uw huishouden uit meer dan één persoon bestaat, graag voor iedere persoon een apart

formulier invullen.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Identiteitsbewijs | Paspoort Identiteitsbewijs Rijbewijs, nummer: |
| Burgerlijke staat | alleenwonend/samenwonend/gehuwd/gescheiden/weduwnaar |
| Geloof |  |
| Nationaliteit |  |
| Studie richting/beroep |  |
| Werk | werkzaam/werkeloos/arbeidsongeschikt/gepensioneerd sinds: |
| Donorcodicil | nee/ja |
| Euthanasieverklaring | nee/ja, sinds: |
| Ik geef mijn zorgaanbieder toestemming om mijn gegevens te delen via het LSP | O JA, ik geef toestemming  O NEE, ik geef geen toestemming |

1. Heeft u klachten (gehad) van:

O Suikerziekte

O Longziekten, namelijk astma, COPD of anders ….………….……………………………………….

O Hoge bloeddruk

O Hoog cholesterol

O Hart- en vaatziekten, namelijk .....................................................................

O Psychische ziekten, namelijk ........................................................................

O Lever- of darmziekten, namelijk ...................................................................

O Aanhoudende gewrichtsklachten

O Geslachtsziekten, namelijk ...........................................................................

O Nierziekten

O Schildklierziekten

O Zwangerschapsdiabetes

O Zwangerschapsvergiftiging

O Andere ziekten, namelijk .............................................................................

1. Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

O Nee

O Indien ja, vul dan onderstaande tabel in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam specialist | Ziekenhuis | Waarvoor |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Heeft u wel eens een operatie ondergaan?

O Nee

O Indien ja, vul dan onderstaande tabel in

|  |  |
| --- | --- |
| Datum operatie | Operatie aan |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Gebruikt u geneesmiddelen?

O Nee

O Indien ja, vul dan onderstaande tabel in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicijn | Sterkte | Dosering |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Bent u overgevoelig (allergisch)?

O Nee

O Ja, Geneesmiddelen, namelijk........................................................................

Bepaald eten of drinken, namelijk.............................................................

Iets anders, namelijk..............................................................................

1. Rookt u?

O Nee

O Ja, ...... sigaretten per dag

O Gestopt per ………………….

1. Welke ziekten komen er in de familie voor, bij wie (vader/moeder/broer/zus etc.) en op welke leeftijd is ‘t ontstaan?

O Suikerziekte bij wie: ……………………………………………………………………….

O Hoge bloeddruk bij wie: ……………………………………………………………………….

O Hoog cholesterol bij wie: ……………………………………………………………………….

O Hart – en vaatziekte bij wie: ……………………………………………………………………….

O Beroerte of hersenbloeding bij wie: ……………………………………………………………………….

O Longziekten (astma of COPD) bij wie: ……………………………………………………………………….

O Nierziekten bij wie: ……………………………………………………………………….

O Psychische ziekten bij wie: ……………………………………………………………………….

O Kanker + soort kanker bij wie: ……………………………………………………………………….

1. Als er dingen zijn waarvan u denkt dat ze voor uw huisarts van belang zijn te weten,

wilt u dat hier vermelden:

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

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

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

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

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

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

#### Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.