**Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten**

Graag ID, rijbewijs of paspoort nummer noteren:

Datum: ……………………………………. Praktijk + naam huisarts (nieuw):

Naam: ………………………………………… Voorletters: ………….Roepnaam:……………

Geboortedatum: ………………………………………….. M/V\*

Geboorteplaats/land: …………………………………….. Godsdienst/Geloof: ……………….......

Adres: …………………………………………………… Postcode:………………

Woonplaats:..……………

Telefoon thuis: ……………………………………………. Telefoon werk: …………………………

Email:…………………………………………………………

Verzekering: ………………………………………………. nummer:…………………………….

BSN nummer:…………………….

Welke apotheek wenst u : Boots apotheek Lewenborg, anders, namelijk:……………………………………….

Vorige huisarts: …………………………………….Adres + Woonplaats…………………………………….

Reden verandering huisarts:

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

**GEZINS-/WOONVERBAND**

* Alleenwonend/ ongehuwd
* Samenwonend met:………………………………Geboortedatum…………………….
* Gehuwd met………………………………………………………………………..
* Gescheiden sinds
* Weduwe/weduwnaar sinds

Heeft u kinderen?

* Nee
* Ja, thuiswonend aantal: Geboortedatum(s):
* Ja, uitwonend aantal: Geboortedatum(s):

**WERK/STUDIE**

* Ik heb werk beroep: ………………………………… werkgever: ……………………
* Ik ben werkeloos sinds: ………………………………….. mijn beroep was: …………….
	+ uitkering ja/nee
* Ik ben arbeidsongeschikt sinds: ………………………………….. mijn beroep was:
* oorzaak indien medisch: …………………………………………..
* Ik studeer studierichting: …………………………
* Gepensioneerd

**GEZONDHEID EN ZIEKTEN**

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

* Suikerziekte
* Longziekten (astma, chronische bronchitis, cara, tbc \*)
* Hoge bloeddruk < 60 jaar
* Hart- of vaatziekten < 60 jaar
* Verhoogd cholesterol
* Overspanning
* Depressie of angsten
* Eetstoornis
* Lever of darmziekten
* Aanhoudende gewrichtsklachten
* Geslachtsziekten (SOA)
* Schildklierziekten
* Andere ernstige ziekten, namelijk:

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

* Nee
* Ja, specialisme en naam arts: ………………………………………. ziekte: ………………………

Ja, specialisme en naam arts: ………………………………………. ziekte: ………………………

Gebruikt u geneesmiddelen:

* Nee
* Ja, namelijk: …………………………………………………………………………………………………………

Bent u overgevoelig (allergisch) voor:

* Geneesmiddelen, welke?............................................................................................................................
* Bepaald eten of drinken. Welke?.................................................................................................................
* Andere stoffen? Welke:……………………………………………………………………………………………..

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie (griepprik) gehad?

* Ja, reden:
* Nee

Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie of ingreep ondergaan?

* Groot ongeluk:………………………………………………………………………………………………………….
* Ingrepen:…………………………………………………………………………………………………………
* Operaties:…………………………………………………………………………………………………………
* Opname in ziekenhuis:……………………………………………………………………………………………….

Rookt u?

* Nee
* Ja, aantal sigaretten per dag:
* Niet meer. Gerookt van………………… tot …………………

Drinkt u alcohol?

* Nee
* Ja, aantal glazen per dag:
* Alleen in het weekend, aantal glazen per dag:

Gebruikt u drugs?

* Nee
* Ja, welke?

Is uw bloeddruk ooit gemeten?

* Nee
* Ja, in het jaar………….. uitslag:

Is er bij u ooit een AIDS-test gedaan?

* Nee
* Ja, in het jaar………….. uitslag:

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?

* Nee
* Ja

**ZIEKTEN IN DE FAMILIE**

Welke ziekten komen in de familie voor?

* Suikerziekte bij wie:
* Hoge bloeddruk bij wie:
* Hart- en vaatziekten bij wie:
* Verhoogd cholesterol bij wie:
* Beroerte of hersenbloeding bij wie:
* Astma, CARA bij wie:
* Nierziekten bij wie:
* Psychische ziekten bij wie:
* Kanker, soort kanker …………………… …….. bij wie:

**VOOR VROUWEN**

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt:

* Nee
* Ja, in het jaar: …………………. uitslag: ………………………………………

in verband met het bevolkingsonderzoek ja/nee

Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt?

* Nee
* Ja, in het jaar…………………… uitslag:

in verband met het bevolkingsonderzoek ja/nee

Uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden zoals in de wet bescherming persoonsgegevens is voorgeschreven.

**Toestemmingsformulier patiënten**

☐ Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere

zorgaanbieders via het LSP , de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.

Ook ga ik akkoord met het aanmelden van mijn gegevens in de verwijsindex, zoals in de

informatiebrochure beschreven. Voor meer informatie kunt u kijken op [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl) of u kunt een folder ophalen aan de balie van uw huisarts.

☐nee, ik ga niet akkoord.

Datum: .......................................................................................................................

Naam:.........................................................................................................................M☐ V☐

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………………………

Adres:………………………………………………………………………………………………………………………

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

Telefoonnummer:……………………………………………………………………………………………………

E-mailadres:……………………………………………………………………………………………………………

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

Documentnummer legitimatiebewijs:………………………………………………………………………

Uw Handtekening:……………………………………………………………………………………………………

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat ouders of verzorgers schriftelijk toestemming geven

met dit formulier én dat kinderen ook zelf een formulier moeten invullen.

Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in. Zij hebben uw toestemming niet nodig



Verklaring van inschrijving bij Huisartsenpraktijk Lewenborg

Geachte collega,

Naam:…………………………………………man/vrouw

Roepnaam……………………………………

Adres:…………………………………………

Woonplaats…………………………………..

Geboortedatum:………………………………

BSN:………………………………………….

Handtekening:……………………………….

Datum:…………………………………………

Verklaart hierbij dat hij/zij per heden ingeschreven staat bij;

Huisartsenpraktijk Lewenborg

* Dr. Bakker
* Dr. Dijkhuizen
* Dr. van Geffen
* Dr. Nugteren
* Dr. Punt
* Dr. Weersink
* Dr. Wesseling
* Dr. Williams

En verzoekt hierbij aan:

Naam vorige huisarts……………………….. Woonplaats…………………..

Om het medische dossier op te sturen naar bovengenoemde huisarts.

* Wilt u patiënt(en) afmelden bij ION
* Graag ontvangen wij het dossier digitaal via zorgmail transfer

Met vriendelijke groet,

Huisartsenpraktijk Lewenborg

Kajuit 438

9733 CZ Groningen

Email: huisartsen@gcl.nl

Fax: 050-5420119