

HUISARTSENPRAKTIJK VAN DE FLIERT WIERDEN

Wilt u na het invullen van het inschrijfformulier en de medische vragenlijst controleren of er onderaan elke pagina de datum, uw naam en uw handtekening is geplaatst?

[illegible]

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletter(s)	
Roepnaam	
Geslacht	M / V
Geboortedatum	
Geboorteplaats en -land	
BSN	

Paspoort-/rijbewijs-/ID kaart nummer: geldig t/m / /

Handtekening:

Burgerlijke staat

- ☐ ongehuwd
- ☐ gehuwd
- ☐ hertrouwd
- ☐ geregistreerd partnerschap
- ☐ gescheiden
- ☐ weduwstaat
- ☐ LAT-relatie

Gezinssituatie

- ☐ alleenwonend
- ☐ samenwonend

Kinderen ja/neethuiswonende kinderen en uitwonende kinderen (aantal)

Eventuele aanvullingen
(naam en geboortedatum partner indien hij/zij al ingeschreven staat als patiënt bij
huisartsenpraktijk Van de Fliert:)

Adresgegevens

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoon thuis

Telefoon mobiel

Bereikbaarheid overdag

E-mailadres

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Apotheek (nieuwe)

Van welke apotheek wilt u gebruik maken?

☐ Wierden

☐ overige, namelijk

Contactpersoon bij calamiteiten: naam:

.....

relatie:

.....

telefoonnummer:

.....

Datum:

Naam:

Handtekening:



Partner / volwassen medebewoner (indien van toepassing)

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletter(s)	
Roepnaam	
Geslacht	M / V
Geboortedatum	
Geboorteplaats en -land	
BSN nummer	

Paspoort-/rijbewijs-/ID kaart nummer: geldig t/m / /

Burgerlijke staat

- ☐ ongehuwd
- ☐ gehuwd
- ☐ hertrouwd
- ☐ geregistreerd partnerschap
- ☐ gescheiden
- ☐ weduwstaat
- ☐ LAT-relatie

Kinderen ja/nee

.....thuiswonende kinderen en uitwonende kinderen (aantal)

Eventuele aanvullingen

Overige gegevens

Telefoon thuis	
Telefoon mobiel	
Bereikbaarheid overdag	
E-mailadres	

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	

Contactpersoon bij calamiteiten: naam:
relatie:
telefoonnummer:

Datum:

Naam:

Handtekening:



Formulier voor kind(eren), tot en met de leeftijd van 15 jaar, indien van toepassing

Achternaam	
Voorletter(s)	
Roepnaam	
Geslacht	M / V
Geboortedatum	
Geboorteplaats en -land	
BSN nummer	

Paspoort-/rijbewijs-/ID kaart nummer: geldig t/m / /

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	

MEDISCHE VRAGENLIJST

VOOR KINDEREN TOT EN MET DE LEEFTIJD VAN 15 JAAR

Is u kind ergens overgevoelig (allergisch) voor?

geneesmiddelen	nee / ja, namelijk,(naam geneesmiddel)
andere stoffen	nee / ja, namelijk,(stofnaam)

Heeft uw kind ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

- ☐ Ja, namelijk...
- ☐ Nee

Heeft uw kind wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....

Is uw kind momenteel onder behandeling van een specialist?

- ☐ Ja, nl.
- ☐ Nee

Gebruikt uw kind alcohol? JA / NEE / WEET NIET

Gebruikt uw kind drugs? JA / NEE / WEET NIET

Eventuele aanvullingen over uw kind:

Datum:

Naam:

Handtekening:



MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 jaar en ouder)

Wij vragen u vriendelijk om onderstaande vragenlijst wilt invullen. Wilt u voor elk persoon een apart formulier invullen?

Achternaam

Geboortedatum

Bent u bekend met/heeft u:

- ☐ Beroerte
- ☐ Diabetes mellitus (suikerziekte)
- ☐ Gewrichtsklachten
- ☐ Hartaandoening
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Kanker, nl.
- ☐ Nieraandoening, nl.
- ☐ Psychiatrische aandoening, nl.
- ☐ Schildklierziekte
- ☐ Anders, nl.:
- ☐ TIA
- ☐ gebruik tabletten
- ☐ reuma
- ☐ hartinfarct
- ☐ CVA
- ☐ gebruik insuline
- ☐ geen medicatie
- ☐ fibromyalgie
- ☐ arthrose
- ☐ klepprobleem
- ☐ ritmestoornis
- ☐

(Eventueel) medicatiegebruik:

NAAM	STERKTE (in mg of ml)	DOSERING (bijv. 1x per dag 1))

Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

- ☐ Ja, nl.
- ☐ Nee

Datum:

Naam:

Handtekening:



VERVOLG MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 jaar en ouder)

Achternaam

Geboortedatum

Bent u overgevoelig (allergisch) voor bepaalde stoffen?

geneesmiddelen nee / ja, namelijk,(naam geneesmiddel)
voedingsmiddelen nee / ja, namelijk,(naam voedingsmiddel)
jodium nee / ja
latex nee / ja
andere stoffen nee / ja, namelijk,(stofnaam)

Rookt u?

- ☐ Nee
- ☐ Voorheen, gestopt sinds...
- ☐ Ja, sinds...

Drinkt u alcohol?

- ☐ Nee
- ☐ Ja (aantal glazen per week:)

Gebruikt u drugs?

- ☐ Nee
- ☐ Ja (welke/hoe vaak:)

Hebt u in uw leven ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, die uw huisarts moet weten?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk:.....

Zijn er overige zaken die u belangrijk vindt om door te geven?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk:

Datum:

Naam:

Handtekening:

