



**Persoonsgegevens**

\* doorhalen, wat niet van toepassing is

Familienaam en/of meisjesnaam	
Voorletters en roepnaam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer/mobiel	
e-mail adres	
Burgerlijke staat	* Ongehuwd / gehuwd / gescheiden / kinderen: ....
Woonsituatie	* alleenstaand / samenwonend / één-ouder gezin/ overige
Geslacht	* Man / vrouw
geboortedatum	
Geboorteplaats / land	
Beroep / vak / opleiding	
Levensovertuiging / geloof	
Naam zorgverz. en polisnr.	
BSN nummer en controle	
<b>Gegevens vorige huisarts</b>	
Naam	
Woonplaats	
<b>medische gegevens</b>	
Recente lengte en gewicht	
Overige bijzonderheden	bril-/lensdragend? j / n *                      gehoorapparaat? j / n*

	<b>Heeft u één van onderstaande aandoeningen nu / in het verleden? Zo ja, vanaf wanneer / in welk jaar?</b>	<b>Komt één van die ziektes in de naaste familie voor?</b>
Verhoogde bloeddruk		
Hart- / vaatziekten		
Verhoogd cholesterol		
Longziekten (bijv. astma)		
Nierziekten		
Maag- / darmziekten		
Suikerziekte		
Oog- of oorproblemen		
Terugkerende blaasontsteking		
Kanker		
Psychiatrische ziekte		

	(vervolg)	(vervolg)
Overspannenheid		
Angsten		
Depressieve periodes		
Eet-stoornissen		
Slaap-stoornissen		
Aanhoudende gewrichtsklachten		
Schildklier-ziekte		
Andere ernstige ziektes		

Heeft u ooit in een ziekenhuis gelegen; zo ja, wanneer, waarvoor, waar, naam specialist? Ja / nee\*

Bent u ooit geopereerd; zo ja, wanneer, waaraan, waar, naam specialist? Ja / nee\*

Bent u overgevoelig voor **medicijnen**; zo ja, welke? Ja / nee \*

Bent u overgevoelig voor **jodium**? Ja / nee

Bent u voor andere zaken overgevoelig; zo ja, wat dan? Ja / nee\*

Gebruikt u medicijnen; zo ja, welke en vanaf wanneer? Ja / nee\*

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Krijgt u jaarlijks een *griepvrik* op medische indicatie; zo ja, om welke reden? Ja / nee\*

Rookt u; zo ja, wàt? En sinds wanneer en hoeveel per dag? Ja / nee\* per dag:

Drinkt u alcohol, zo ja, wàt, sinds wanneer hoeveel per week ja / nee\* per week:

Gebruikt u drugs; zo ja, welke, sinds wanneer en hoe vaak? Ja / nee\* per dag:

Doet u regelmatig aan sport; zo ja, wat, hoe lang en hoe vaak? Ja / nee\*

Is er nog iets, waarvan u het belangrijk vindt, dat wij het moeten weten? Ja / nee\*

### **Voor vrouwen:**

Heeft u kinderen gebaard? Zo ja, hoeveel ja / nee\* Heeft u een kinderwens? Ja/nee\*

Gebruikt u anti- conceptie; zo ja, welke ja / nee\* de Pil / spiraaltje / anders:

Menstrueert u nog; zo nee, wanneer was uw laatste menstruatie? Ja / nee\*

Wanneer is het laatste *uitstrijkje* gemaakt en wat was de uitslag?

Is er nog iets, waarvan u het belangrijk vindt, dat wij het weten? Ja / nee\*

### **Graag dit formulier persoonlijk aan de assistente afgeven**

#### **In gevuld door assistente.....**

Inleverdatum: .....Reden nieuwe huisarts: .....

Partner hier ook patiënt; zo ja bij welke arts? Ja / nee\* .....

Toevoegen aan bestaand woonverband, adres:.....

Huisarts: ..... Apotheek: .....