**Inschrijfformulier Groepspraktijk D’n Iemhof**

Groepspraktijk d’n Iemhof  
Sterrebos 48 5344AR Oss  
Telefoon: 0412 – 631123

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| BSN: |  |
| Man/vrouw: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geboorteplaats en land: |  |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en Stad |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Mobielnummer: |  |
| Telefoonnummer contactpersoon: |  |
| E-mail adres: |  |
| Verzekeringsnaam en nr : |  |
| Apotheek in Oss: |  |
| Vorige huisarts, naam en plaats: |  |
| Geeft u toestemming voor het delen van uw gegevens met de apotheek en huisartsenpost (Opt-in)? | Ja/nee |
| Wil u gebruiken maken van MijnGezondheidsNet? (zie welkom-envelop) | Ja/nee |
| Graag kopie van identiteitsbewijs en zorgpas |  |
| Handtekening: |  |

**We willen u vragen om alvast wat informatie te geven over uzelf en uw medische voorgeschiedenis. Dit kunnen we dan in het kennismakingsgesprek verder bespreken.**

Bent u: gehuwd / samenwonend / alleenstaand / kind in het gezin.

Bij kinderen: wie heeft het gezag: vader / moeder / beiden / anders

Wat is uw beroep, of welke opleiding heeft u gedaan?

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

|  |  |
| --- | --- |
| Suikerziekte | Ja/nee |
| Longziekte (astma, bronchitis, CARA, TBC) | Ja/nee |
| Hoge bloeddruk | Ja/nee |
| Hart- of vaatziekten | Ja/nee |
| Lever- of darmziekte | Ja/nee |
| Overspannenheid | Ja/nee |
| Depressie of ernstige angsten | Ja/nee |
| Eetstoornis | Ja/nee |
| Aanhoudende gewrichtsklachten | Ja/nee |
| Geslachtsziekte (SOA) | Ja/nee |
| Ziekte van de schildklier | Ja/nee |
| Anders: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u momenteel onder behandeling van een specialist? | Ja/nee  Zo ja, welke? |
| Heeft u recht op langdurige zorg van de thuiszorg (WLZ)? | Ja/nee  Zo ja, welke indicatie heeft u? |
| Heeft u weleens een groot ongeval gehad? | Ja/nee |
| Heeft u ooit een operatie gehad? | Ja/nee  Zo ja, welke operatie? |
| Is er bij u ooit een aids-test gedaan? | Ja/nee |
| Bent u ooit slachtoffer geweest van (sexueel) geweld? | Ja/nee |
| Gebruikt u medicijnen? | Ja/nee  Zo ja, graag meenemen bij kennismaking |
| Bent u allergisch (overgevoelig) | Ja/nee  Zo ja, waarvoor? |
| Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie (griepprik) gehad? | Ja/nee |
| Rookt u | nooit / niet meer sinds………………/  ja, aantal per dag: …………. |
| Gebruikt u alcohol | nooit / 1-2 per dag / 3 of meer per dag. |
| Gebruikt u drugs | Ja/nee  Zo ja, welke drugs? |

Komen de volgende ziekten in **uw familie** voor en bij wie?

|  |  |
| --- | --- |
| Suikerziekte | Ja/nee |
| Hoge bloeddruk | Ja/nee |
| Hart- of vaatziekte, onder de leeftijd van 60 jaar | Ja/nee |
| Beroerte of hersenbloeding, onder de leeftijd van 60 jaar | Ja/nee |
| Longziekten (astma, bronchitis, CARA, TBC) | Ja/nee |
| Nierziekte | Ja/nee |
| Darmziekte | Ja/nee |
| Psychische ziekte | Ja/nee |
| Verslavingsziekte | Ja/nee |
| Kanker | Ja/nee |

Voor vrouwen:

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u ooit zwanger geweest? | Ja/nee  Zo ja, aantal zwangerschappen  Zo ja, aantal kinderen: |
| Is er bij u ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt (opsporing baarmoederhalskanker) | Ja/nee |
| Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt? | Ja/Nee |

Checklist door assistente bij inschrijving

|  |  |
| --- | --- |
| Inschrijfdatum |  |
| Telefoonnummer en email |  |
| Woonverband |  |
| Verzekering |  |
| ION aangemeld |  |
| WID |  |
| Opt-in |  |
| MgN |  |
| Datum kennismaking |  |
| Checklist ingevuld door |  |