

Huisartsenpraktijk "de Besterd"  
Keiweg 167  
4902 PD Oosterhout  
Fax: 0162-465501

Geachte patiënt(e),

Wij heten u van harte welkom in onze praktijk.  
Graag verzoeken wij onderstaand formulier goed te lezen en in te vullen.

Het is van groot belang dat iedere Nederlander staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Bij het wisselen van praktijk hoort een juiste inschrijving. Ook de uitschrijving bij Uw vorige huisarts hoort goed geregeld te worden. Dit is met name belangrijk omdat zorgverzekeraars namens U betalingen verrichten aan huisartsen. Het moet voor alle partijen duidelijk zijn waar iemand staat ingeschreven. Dit voorkomt problemen in het betalingsverkeer waar u als ingeschrevene last van zou kunnen krijgen.

Wij verzoeken U daarom het onderstaande in te vullen en te ondertekenen. Een afschrift hiervan faxen wij naar Uw vorige huisarts met het verzoek tot uitschrijving. Ook zullen wij verzoeken om Uw dossier naar ons te sturen.

<b>Inschrijfdatum Huisartsenpraktijk (dd-mm-jaar)</b>	
---	--

Naam		Geboortedatum	M / V
Voorletters		Roepnaam	
Adres		Postcode	
Tel.nr		Mobiel.nr	
E-mail		Zorgverzekeraar	
BSN-nr.		Polisnummer	
ID	Rijbewijs / Paspoort / ID-kaart / Vreemdelingen document	Documentnr. ID	

Ik ga akkoord met aanmelding op het Electronisch Patienten Dossier (LSP)	Ja / Nee
Ik ga akkoord met aanmelding op Mijn Gezondheidnet.nl ( <i>e-mailadres invullen hiervoor !</i> )	Ja / Nee

<b>Apotheek van Inschrijving</b>		
<input type="checkbox"/> Apotheek Dommelbergen	<input type="checkbox"/> Apotheek Slotjesveste	<input type="checkbox"/> Apotheek De Beiaard
<input type="checkbox"/> Apotheek Oosterheide	<input type="checkbox"/> Apotheek Pasteurlaan	<input type="checkbox"/> Apotheek Teteringen

<b>Hierbij schrijf ik mij tot wederopzegging in bij :</b>	
<input type="checkbox"/> Praktijk dr.van Geel, dr.van Erk & dr. Tom	0162-453888
<input type="checkbox"/>	

Tevens machtig ik deze huisartsen tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en verzoek hem/haar mijn dossier op te sturen naar bovenstaand adres met vermelding van Praktijk van inschrijving.	
Naam vorige Huisarts	
Adres vorige Huisarts	
Postcode/ Woonplaats vorige Huisarts	
Tel.nr vorige Huisarts	
Fax.nr. vorige Huisarts	
Handtekening	

## MEDISCHE GEGEVENS

**Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen ?**

Nee / Ja ( *Bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex* )

Geneesmiddel en/of hulpstof	Bijwerking

**Gebruikt u medicijnen ?** Nee / Ja

Naam Geneesmiddel	Hoeveel mg	Gebruik per dag of per week

**Komen de volgende ziekten bij uzelf of in uw familie (bij personen jonger dan 60 jaar) voor ?**

	Bij u zelf	In uw familie
Suikerziekte	Nee / Ja	Nee / Ja
Hart/vaatziekten	Nee / Ja	Nee / Ja
- Hoge bloeddruk	Nee / Ja	Nee / Ja
- Hoog cholesterol	Nee / Ja	Nee / Ja
- Beroerte (CVA of TIA)	Nee / Ja	Nee / Ja
- Hartproblemen	Nee / Ja	Nee / Ja
- Vaatproblemen (etalagebenen)	Nee / Ja	Nee / Ja
Nierziekte	Nee / Ja	Nee / Ja
Astma en COPD	Nee / Ja	Nee / Ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	Nee / Ja	Nee / Ja
Maag-darmziekte	Nee / Ja	Nee / Ja
Darmkanker	Nee / Ja	Nee / Ja
Borstkanker	Nee / Ja	Nee / Ja
Andere vorm van Kanker	Nee / Ja	Nee / Ja
Epilepsie	Nee / Ja	Nee / Ja

Andere ziekte die van belang kunnen zijn ?	Nee / Ja, welke ?

Krijgt u een griepvaccinatie ?	Nee / Ja, waarom ?

Bent u onder behandeling van een specialist ?	Nee / Ja, naam specialist & ziekenhuis ?

Bent u wel eens geopereerd ?	Nee / Ja, waaraan & wanneer ?

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts hiervan op de hoogte moet zijn ?	Nee / Ja, welk onderwerp ?

## LEEFSTIJL

Roekt u ?	Nee / Ja, wat roekt u & hoeveel per dag/per week :
Gebruikt u alcohol ?	Nee/ Ja, wat drinkt u & hoeveel per dag/per week:
Gebruikt u drugs ?	Nee /Ja, welke drugs gebruikt u & hoeveel per dag/per week: