**Huisartsenpraktijk Meerweg**

*Artsen: BJC de Rooij, MD v Pelt*

*Praktijkondersteunster: Claudia Eckhardt*

*Assistentes: Cindy de Vreng - Teunisse en Dieuwke Stange*

 Meerweg 1-B

 2121 VA Bennebroek

 Tel: 023-5846782

 Fax: 023-5840909

 ABN: 492236534

**Formulier voor nieuwe patiënten**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam (+ meisjesnaam): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_man/vrouw

Voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geboorteplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboorteland:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon thuis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobiel Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekering: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reden overstap:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gezins-/woonverband**

* Alleenwonend
* Samenwonend met \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ man/ vrouw
* Gehuwd met \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ man/ vrouw
* Gescheiden sinds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Weduwe/ weduwnaar sinds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u kinderen?

* Nee
* Ja, thuiswonend, aantal:\_\_\_\_\_\_\_ geboren:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ja, uitwonend, aantal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Werk**

* Beroep:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_functie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* (Tijdelijk) zonder werk, reden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uitkering:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Studie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GEZONDHEID EN KLACHTEN**

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

* Suikerziekte vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Longziekten(COPD,TBC) vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hoge bloeddruk vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hart- en vaatziekten vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Overspannenheid vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Depressie of angsten vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Eetstoornis vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Lever-en/of chronische darmziekten vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Aanhoudende gewrichtsklachten vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Geslachtsziekten (SOA) vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Schildklierklachten vanaf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Andere ziekten namelijk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? Nee/ja

 Specialisme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ziekte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u geneesmiddelen? Nee/ja

 Zo ja, welke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u overgevoelig (allergisch) voor?

* Geneesmiddelen
* Penicilline
* Voedingsmiddelen
* Andere stoffen zo ja, welke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccin gehad (griepprik)? Nee/ja

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad en/of operatie ondergaan?

* Ernstig ongeval:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Operatie ondergaan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Om andere reden in ziekenhuis gelegen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rookt u?

* Nee
* Voorheen, hoeveel sigaretten/sigaren per dag?\_\_\_\_\_ per dag, hoeveel jaren gerookt? \_\_\_\_\_\_\_\_jaren.
* Ja, hoeveel sigaretten/sigaren per dag? \_\_\_\_\_\_per dag, hoeveel jaren? \_\_\_\_jaren.

Drinkt u alcohol? Nee/ja zo ja, hoeveel glazen per week:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs? Nee/ja welke:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?

Nee/Ja namelijk:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ziekten in de familie**

* Suikerziekte bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hoge bloeddruk bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hart-en vaatziekten bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Verhoogd cholesterol bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beroerte of hersenbloeding bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Astma, COPD bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nierziekten bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Psychische ziekten bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Kanker bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Erfelijke ziekten bij wie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Voor vrouwen**

Wanneer is bij u voor het laatst een uitstrijkje gemaakt?

 Laatste in het jaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uitslag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is uw baarmoeder verwijderd?

 Nee/ja in het jaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_waarom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Nee/ja in het jaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uitslag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u een abortus ondergaan?

 Nee/ja in het jaar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_reden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_