

# Nieuwe patiënten Landauer

Datum .....

Huisarts: Tellegen/ Haas / Klaassen/ Schmidt

(graag volledig invullen en goede antwoord omcirkelen waar er meerkeuzemogelijkheden zijn)

Naam .....	voornaam .....	man / vrouw	voorletters .....
Geboortedatum .. /.. /...	geboorteplaats/land .....		
BSN nummer: .....			
Adres .....	huisnummer ...	postcode ....	
Telefoon thuis .....	telefoon werk .....	06-.....	
Email adres.....			
Zorgverzekeraar .....	verzekeringsnummer .....		
Gewenste apotheek in Purmerend .....			
Reden keus Landauer: verhuisd/ samenwonen/ anders			
Vorige huisarts .....	straat	plaats	
Patiënt gaat akkoord met opvragen/uitwisselen gegevens vorige huisarts: .....(handtekening)			
<b>Voor Assistentie; Controle ID soort / Nr:</b>		<b>Paraaf ass:</b>	

<b>Gezinsverband/woonverband</b>			
Alleenwonend			
Samenwonend	met		
Gehuwd	met		
Gescheiden	sinds		
Weduwe/weduwenaar	sinds		
<b>Heeft u kinderen</b>	Nee		
Ja thuiswonend	aantal	geboortedatum	
Ja uitwonend	aantal	geboortedatum	

<b>Overdracht gegevens voor zorg en onderzoek</b>	
Onze praktijk geeft de <i>Spoedpost Waterland</i> inzage in de medische gegevens voor zorg buiten kantooruren	
Ik geef toestemming voor het gebruik van deze niet anonieme gegevens	
<b>handtekening</b>	
Onze praktijk werkt mee met wetenschappelijk onderzoek van het NIVEL. Uw gegevens over aandoeningen, geneesmiddelengebruik en verwijzingen worden geheel anoniem verwerkt. Medewerkers van dit instituut kunnen de gegevens niet herleiden naar individuele patiënten. Er is een uitgebreid privacyreglement.	
Ik geef toestemming voor het gebruik van mij anonieme gegevens	
<b>handtekening</b>	
<b>Uitwisseling patiëntengegevens:</b> ik geef toestemming aan mijn huisarts en apotheek om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners JA / NEE (graag omcirkelen)	
<b>handtekening:</b>	<b>Let op: meer vragen <u>z.o.z.</u> !!!</b>

**Werk**

Ik werk als ....

Ik ben werkeloos sinds ..... ; ik was .....

Ik ben arbeidsongeschikt sinds ..... ; ik was .....

Ik studeer .....

**Leefstijl/risicofactoren**

Rookt u ? ja/nee zo ja, hoeveel sinds

Drinkt u alcohol? ja/nee zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag

Gebruikt u drugs ja/nee zo ja, wat

Is uw bloeddruk ooit gemeten ja/nee zo ja, hoe hoog was die?

Krijgt u jaarlijks om medische reden de griepvaccinatie? Ja/nee

*Alleen voor vrouwen*

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt? nee/ ja in .....

Is er ooit een foto van de borsten gemaakt? nee/ ja in .....

**Gezondheid en ziekte***Heeft u ooit klachten gehad van*

Suikerziekte/ longziekten (astma, copd)/ hoge bloeddruk/ hart- en vaatziekten/ overspanning/ depressie of angststoornis/ eetstoornis/ lever- of darmziekten/ schildklierziekten/ aanhoudende gewrichtsklachten/ soa's/ andere ernstige ziekten?

*Bent u onder behandeling van een specialist?*

Nee

Ja, specialisme ..... voor.....

Ja, specialisme ..... voor .....

*Gebruikt u geneesmiddelen?*

Nee

Ja, namelijk .....

*Bent u gevaccineerd tegen hepatitis B?* ja / nee (s.v.p. omcirkelen)

*Bent u overgevoelig voor?*

Geneesmiddelen .....

Bepaald eten of drinken .....

Andere stoffen .....

*Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie ondergaan?*

Ongeluk .....

Operatie .....

Opname ziekenhuis .....

*Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?* Nee/ja

**Ziekte familie***Welke ziekten komen er in de familie voor?*

Suikerziekte bij wie?

Hoge bloeddruk bij wie?

Hart- en vaatziekten bij wie?

Beroerte/CVA bij wie?

Astma/copd bij wie?

Nierziekten bij wie?

Psychische ziekten bij wie?

Kanker bij wie en welke soort?

Aangeboren afwijkingen bij wie?