

Gietema & van Kapel, apotheekhoudende huisartsen

Tollewei 113, 8621 CX Heeg

Tel: 0515-442292

Internet: www. gietemakapel.praktijkinfo.nl

Welkom in de praktijk.

U heeft aangegeven ingeschreven te willen worden bij de apotheekhoudende huisartsenpraktijk van Gietema en van Kapel te Heeg. Informatie over de praktijk vindt u op [www.gietemakapel.praktijkinfo.nl](http://www.gietemakapel.praktijkinfo.nl/)

Om u zo goed mogelijk van medische- en apotheekzorg te voorzien hebben we van u uw medische dossier nodig.

Wilt u aan uw vorige huisarts doorgeven dat wij uw nieuwe huisartsen gaan worden? Wij kunnen dan uw dossier bij uw vorige huisarts opvragen.

Wilt u ook aan de betreffende ziekenhuizen waar u onder behandeling bent of was doorgeven dat wij uw huisarts zijn.

Daarnaast vragen we u de volgende gegevens zorgvuldig en per persoon in te vullen.

Wilt u bij het eerste contact op de praktijk eenmalig uw id-bewijs meenemen, wij zijn wettelijk verplicht dit te controleren.

Via onze website kunt u inloggen en een persoonlijk account aanmaken, hiermee kunt u uw dossier inzien, medicatie herhalen, een afspraak digitaal maken en een vraag stellen.

Uiteraard kunt u altijd met vragen terecht bij de assistente en/of via haar een kennismakingsgesprek plannen met de huisarts.

Succes bij het invullen.

Met vriendelijke groet,

alle medewerkers van huisartsenpraktijk Gietema en van Kapel.

**Intakeformulier nieuwe patiënt, vast of periodiek**

*Voor ieder gezinslid een apart formulier invullen* **Datum:**

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| Achternaam:  |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Voorletters:  |  |
| Roepnaam:  |  |
| Geboortedatum:  |  |
| BurgerServiceNummer:  |  |

|  |
| --- |
| **Adresgegevens** |
| Straatnaam: |  |
| Huisnummer:  |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Vast/Mobiel nummer |  |
| E-mail:  |  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** |
| Naam zorgverzekeraar:  |  |
| Verzekeringsnummer:  |  |
| Verzekering begindatum:  |  |
| Documentnummer paspoort of Identificatie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ik heb moeite met lezen of schrijven** | **Ja / Nee** |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:** |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats:  |  |
| Telefoonnr: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:** |
| Naam: |  |
| Adres:  |  |
| Woonplaats:  |  |
| Telefoonnr: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Medische gegevens** |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen van geneesmiddelen of hulpstoffen?(bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen? |
| Geneesmiddel en /of hulpstof: | Bijwerking:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gebruikt u medicijnen?**  | * Ja
* Nee
 |
| Naam geneesmiddel: | Hoeveel mg:  | Gebruik per dag of per week: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)  |

|  |
| --- |
| **Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen? |
| Welk geneesmiddel geeft problemen? | Welk probleem heeft u?  |

|  |
| --- |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?*** Ja
* Nee
 |

|  |
| --- |
| **Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?** |
|  | Bij u:  | In uw familie:  |
| Suikerziekte: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Hart/vaatziekte: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Nierziekte: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Hoge bloeddruk: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Astma of COPD: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Epilepsie: | * Ja
* Nee
 | * Ja
* Nee
 |
| Andere ziekten: | Bij u: | In uw familie:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Krijgt u een griepvaccinatie**?  | * Ja
* Nee
 | Zo ja, waarom |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bent u onder behandeling van een specialist?**  | * Ja
* Nee

Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis |
| **Bent u wel eens geopereerd?**  | * Ja
* Nee
 |
| Zo ja, waaraan en wanneer? |  |

|  |
| --- |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.**Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:  |

|  |
| --- |
| **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.** **Voor informatie over het uitwisselen van gegevens via het LSP verwijzen wij u naar de website** [**www.VZVZ.nl**](http://www.vzvz.nl/)**.****Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is voor ons noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. Wilt u uw vorige huisarts inlichten dat uw dossier binnenkort door ons wordt opgevraagd?** |
| Bent u akkoord dat uw medicatie gegevens bij vorige apotheek opgevraagd worden?  | * Ja
* Nee
 |
| Bent u akkoord dat medische gegevens uitgewisseld worden in het kader van een behandeling via het LSP?  | * Ja
* Nee
 |
| Bent u akkoord dat medicatie gegevens uitgewisseld worden in het kader van een behandeling via het LSP? | * Ja
* Nee
 |

**Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.**

**Datum …………………** **Handtekening…………………..**