# logoMCDInschrijfformulier Medisch Centrum Dorp

Middels dit formulier kunt u zich inschrijven bij de huisartsen van Medisch Centrum Dorp.

Wilt u alle gevraagde informatie invullen a.u.b. Ontbrekende informatie kan leiden tot het niet (correct) inschrijven.

We zullen ons uiterste best doen om u in te schrijven bij de praktijk van uw keuze.

Persoonsgegevens:

Achter- / meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geslacht:  Man  Vrouw

Burgerlijke staat:  gehuwd  ongehuwd  samenwonend

Indien samenwonend, met:       geb. datum:

Adresgegevens:

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

E-mail:

Verzekeringsgegevens:

Naam zorgverzekeraar:

Verzekeringsnummer:

UZOVI-code:

BurgerServiceNummer:      

Paspoortnummer:        ID-kaartnummer: :

Rijbewijsnummer:        ander document :

Voorkeur huisartspraktijk\*:  Deijns/de Goede  v.d. Hoeven  Ossendrijver/Peucker

\*(indien mogelijk akkoord)

Apotheek:  Medisch Centrum Dorp  Boots Oude Dorp  Boots Het Rond  …………….

Gegevens vorige huisarts:

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

**Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners (LSP) met inachtneming van het medische beroepsgeheim.** Ja /  Nee

Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven. Voor kinderen vanaf 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd en het kind zelf toestemming moet geven of intrekken.

Voor meer informatie kijk op: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

**Bijlage medische gegevens**

Medicatie

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen? Ja / Nee

Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen?

Wat zijn de bijwerkingen?

Gebruikt u medicijnen?\* Ja / NeeNaam geneesmiddel: Sterkte Gebruik

            mcg/ mg       x per dag

mcg/ mg       x per dag

mcg/ mg       x per dag

mcg/ mg       x per dag

mcg/ mg       x per dag

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?

(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid) Ja / Nee

Zo ja, welke?

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?Ja / Nee

Chronische ziekte

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 Ja / Nee Ja / Nee Zo ja, welke

Was u bij uw vorige huisarts of praktijkondersteuner onder behandeling voor deze chronische ziekte?

Ja / Nee

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?

Heeft u ooit een ongeval gehad? Ja / Nee

Zo ja, wanneer

Zijn er blijvende gevolgen?

Leefstijl

Rookt u? Ja / Nee

Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag?

Gebruikt u alcohol? Ja / Nee

Zo ja, hoeveel consumpties per dag/per week?

Gebruikt u drugs? Ja / Nee

Zo ja, welke

Zijn er nog onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

**Hierbij schrijf ik mij in bij het Medisch Centrum Dorp.**

**Ik meld mij af bij mijn vorige huisarts en vraag hem/haar mijn gehele medische dossier door te sturen naar Medisch Centrum Dorp.**

Handtekening:            Datum:

Kijk voor alle aanvullende informatie en hoe u zich kunt aanmelden voor het online zorgportaal, op onze website:

