

**Intakeformulier nieuwe patiënt**

**Datum:**

**Persoonsgegevens:**

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
Burgerlijke staat	
Beroep	

**Adresgegevens**

Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mail	

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

Naam zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	
Burgerservicenummer	

**Gegevens vorige huisarts**

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail	

**Gegevens vorige apotheek**

Naam	
------	--

Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail	

### Medische gegevens

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijvoorbeeld Penicilline, lactose) Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen? Wat zijn de bijwerkingen	
Geneesmiddel en/of hulpstof:	Bijwerking:

### Medicatieoverzicht

Naam geneesmiddel	Hoeveel mg/ml	Gebruik, per dag of week
<b>Gebruikt u zelfzorgmiddelen/alternatieve middelen/voedingssupplementen (bijvoorbeeld paracetamol, maagtabletten, vitaminepreparaten)</b>		

**Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oogdruppelen, spuiten, vergeten op tijd in te nemen?  
Welk geneesmiddel geeft problemen?

**Welk probleem heeft u?**

**Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem geneesmiddelen?**

- 1. Ja
- 0 Nee

**Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?**

	Bij u	In uw familie
Suikerziekte		
Hart-/vaatziekte		
Nierziekte		
Hoge bloeddruk		
Astma/COPD		
Epilepsie		

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor:  
Zo ja? Welke?**

**Krijgt u een griepvaccinatie?**

0 Ja Reden:.....

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

Specialist:	Ziekenhuis:
<b>Bent u wel eens geopereerd?</b>	

**Leefstijl**

Rookt u ?	Ja / Nee	Aantal sigaretten per dag
Gebruikt u alcohol	Ja / Nee	Aantal consumpties per dag/ week
Gebruikt u drugs?	Ja / Nee	Zo ja, welke?

**Gaat u akkoord met het uitwisselen van u patiëntengegevens zoals hieronder wordt aangegeven?**

- Uitwisseling medicatiegegevens dienstdoende apotheek      ja/nee
- Gegevens opvragen bij andere zorgverleners                      ja/nee
- Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners                      ja/nee

Datum:

Handtekening