

Algemene en Familie gegevens

Personalia

Naam: _____ Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Man Vrouw

Adres: _____ Postcode: _____ Telefoon
prive: _____

Persoonlijke omstandigheden:

Gehuwd (vul hieronder gegevens partner in) Ongehuwd Gescheiden Weduw(e)(naar)

Naam Partner: _____ Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ Man Vrouw

Adres: _____ Postcode: _____ Telefoon
prive: _____

Verzekering: Verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnr: _____

(Partner)Verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnr: _____

Werkzaamheden

telefoon werk: _____

Kinderen

Naam	Roepnaam	Geboortedatum	Gezondheid/operaties	Verzekeringsnr

Familie

*	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Leeftijd overlijden	Oorzaak overlijden
Vader				
Moeder				
Broers:				
Zusters:				

*: graag aantallen invullen bij broers/zusters

Hebben/doen er zich de volgende gevallen voor gedaan/voor in uw familie? Zo, ja, graag naam van de betreffende persoon invullen.

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Maagzweer |
| <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Gewrichtsreumatiek |
| <input type="checkbox"/> Vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Hartinfarct | <input type="checkbox"/> Ruggemergziekte |
| <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Struma | <input type="checkbox"/> Opname Psychiatrie |

Individuele vragen

Ziekten

Heeft u, of heeft u gehad één van de volgende ziekten/aandoeningen en sinds wanneer?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Astma/bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Hartaandoeningen | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Gewrichtsreumatiek |
| <input type="checkbox"/> Vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Blaasontsteking | <input type="checkbox"/> Struma |
| <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Overige, namelijk | |

Operaties & behandelingen specialist

Bent u ooit geopereerd of behandeld door een specialist/in een ziekenhuis opgenomen geweest? Ja* Nee
Reden van tijdstip van opname/behandeling:

Bent u momenteel onder behandeling bij een specialist? Ja* Nee
Reden en aanvangsdatum behandeling:

*Indien Ja, graag specificeren.

Medicijnen

Gebruikt u medicijnen? (ook medicijnen zie zonder recept verkrijgbaar zijn) Ja* Nee

Naam	Ten behoeve van	Hoeveelheid per dag

*Indien Ja, graag specificeren.

Intoxicaties

Roekt u? Ja sigaret(ten)/siga(a)(ren) per dag Nee

Gebruikt u alcohol? Ja glazen per dag Nee

Gezondheid

Voelt u zich gezond? En waar blijkt dat uit?

Overige

Zijn er nog specifieke dingen waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts hiervan op de hoogte is, of wat u graag met hem/haar zou willen bespreken?

Graag dit formulier printen en opsturen/langs brengen naar/in de praktijk of mailen naar aanmelding@jansonhuisarts.nl. Bij het bezoeken van de arts zal u gevraagd worden dit formulier te ondertekenen.

Handtekening:.....

Datum:.....

Vergeet u niet aan uw verzekering door te geven dat u veranderd bent van huisarts.

Adres: T Kuipersstraat 1 2662 GM, Bergschenhoek
Praktijktelefoon: 010 - 52 90 315