

## Inschrijfformulier

Dhr. M.C. Boote, huisarts  
Dhr. J. Oosterom, huisarts  
Mevr. M. Hollebrandse, huisarts  
Straussplein 4  
8031 AE Zwolle  
Tel.: 038-421 8555  
Fax: 038-423 5160  
AGB-code praktijk: 010050034



HUISARTSENPRAKTIJK  
**HOLTENZORG**

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: - - Geslacht: M/V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode, Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Email adres: \_\_\_\_\_

Verzekering: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_ Documentnummer ID bewijs: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Tel.nr: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Apotheek Zwolle: \_\_\_\_\_

**Graag medisch dossier van vorige huisarts hier naar toe laten sturen.  
Graag bij het inleveren van het inschrijfformulier uw ID bewijs en  
zorgpas meenemen. B.v.d.**

### Inwonende gezinsleden:

Achternaam	Voornaam	Voorletters	m/v	Geb.datum	Verzekering	Polisnr.	BSN-nummer

dd....., te Zwolle

Handtekening: \_\_\_\_\_

**Sociale status:** alleenstaand, partner, samenwonend, getrouwd, kinderen

**Opleiding:** \_\_\_\_\_

**Werk:** \_\_\_\_\_

**Geloofsovertuiging:** \_\_\_\_\_

1a. Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? ( bijv. penicilline, lactose)

1b. Zo ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?

**Geneesmiddelen en/of hulpstoffen**

---

---

**Bijwerking**

---

---

2. Gebruikt u medicijnen?

**Ja/Nee**

Naam geneesmiddel	Aantal mg	Gebruik per dag

3. Gebruikt u zelfzorgmiddelen/alternatieve middelen/voedingssupplementen?

**Ja/Nee**

(denkt u hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid )

Zo ja, welke?

4. Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakkingen, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Welk geneesmiddel geeft problemen	Welke probleem heeft u?

5. Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?

**Ja/Nee**

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

	<b>Bij u</b>	<b>In uw familie</b>
<b>Suikerziekte</b>		
<b>Hart/vaat ziekte</b>		
<b>Nierziekte</b>		
<b>Hoge bloeddruk</b>		
<b>Astma of COPD</b>		
<b>Epilepsie</b>		
<b>Andere ziekte</b>		

7. Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor?

**Ja/Nee**

Zo ja, welke

---

---

8. Krijgt u een griepvaccinatie?

**Ja/Nee**

Zo ja, wat is de reden?

---

---

9. Bent u onder behandeling van een specialist?

**Ja/Nee**

Zo ja, wie/welk ziekenhuis en voor welke aandoening?

---

---

10. Bent u wel eens geopereerd?

**Ja/Nee**

Zo ja, waaraan en wanneer?

---

---

11a. Heeft u in het verleden behandeling van psycholoog/psychiater gehad?

**Ja/Nee**

Zo ja waarvoor?

---

---

11b. zijn er blijvende gevolgen n.a.v. een ongeval of eventueel doorgemaakte ziekten?

---

---

13. zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.

Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Leefstijl

Rookt u?	Ja/Nee	Hoeveel per dag?
Gebruikt u alcohol?	Ja/Nee	Hoeveel per dag/week?
Gebruikt u drugs?	Ja/Nee	Welke?

15. Zijn er problemen geweest in het contact met uw vorige huisarts?

Zo ja,

welke? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Heeft u hulp gehad om bovenstaande vragen te lezen en in te vullen? Ja/Nee