**Persoonsgegevens: Adresgegevens:**

Achternaam: Straat:

Voorletters: Huisnummer:

Meisjesnaam: Postcode:

Roepnaam: Plaats:

Geboortedatum: Telefoonnummer:

Geslacht:……………………………………… Mobiel:

Beroep: Email-adres:

Burgerlijke staat: BSN:

**Gegevens vorige huisarts:**

‘Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts’: **Ja / nee**

**Handtekening**: Datum:

Adresgegevens huisarts: Naam:

Plaats:

Telefoonnummer:

Email-adres

**Gegevens vorige apotheek:**

‘Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige apotheek’: **Ja / nee**

**Handtekening**: Datum:

Adresgegevens apotheek: Naam:

Plaats:

Telefoonnummer:

Email-adres

**Identiteitscontrole:** (invullen door medewerker)…………………..…………paraaf: ……

**Medische gegevens**

Bent u **overgevoelig** of **allergisch** voor of bekend met bijwerkingen van geneesmiddelen of hulpstoffen? Zo ja, waarvoor?.........................................................................................................

**Welke medicijnen gebruikt u?.........................................................................................................**

**……………………………………………………………………………….……………………….……..**

**Welke zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen gebruikt u?** Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist:……………………………………..………

……………………………………………………………………………………….………………………

**Komen de volgende ziekten bij uzelf voor?**

**Suikerziekte** , hart- vaatziekten of problemen , hoge bloeddruk **,**  hoog cholesterol ,

cva of tia , nierziekte , astma/ copd , eczeem, hooikoorts, allergie , maag-darmziekte , darmkanker , andere vorm van kanker , epilepsie , andere ziekte die van belang kan zijn welke?...........................................................................................................................................

**Komen de volgende ziekten bij uw familie voor: ouders, broers, zussen voor?**

**Suikerziekte** , hart- vaatziekten of problemen , hoge bloeddruk **,**  hoog cholesterol ,

cva of tia , nierziekte , astma/ copd , eczeem, hooikoorts, allergie , maag-darmziekte , darmkanker , andere vorm van kanker , epilepsie , andere ziekte die van belang kan zijn welke?...........................................................................................................................................

**Krijgt u een griepvaccinatie?**  nee ja

**Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, welke?...............................................**

**…………………………………………………………………………………………..…………………**

**Leefstijl:**

**Rookt u?**  nee, voorheen, ja

Gebruikt u alcohol? nee ja Gebruikt u drugs? nee ja

**Ik geef toestemming:**

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners onderling is van groot belang om een goede behandeling te kunnen geven, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze gegevensuitwisseling vindt echter niet plaats zonder dat u daar toestemming voor heeft gegeven. U kunt uw toestemming online regelen via [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl/) of u kunt bij ons op de praktijk laten weten dat u toestemming geeft. 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. Kijkt u voor meer informatie op [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl/)

U kunt het bijgevoegde formulier, ondertekend, bij ons inleveren.

Ik wil de **nieuwsbrief van de praktijk** ontvangen en geef toestemming om mijn email-adres daarvoor te gebruiken. ja