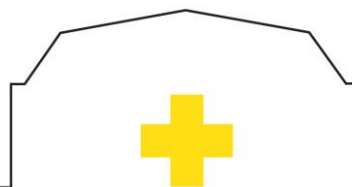


Contre Escarpe 2  
5371CK Ravenstein  
Tel. 0486-411530



## DOKTERSHUIS RAVENSTEIN

### **Inschrijfformulier** (personen > 18 jaar een eigen formulier invullen)

Voorletters en achternaam: .....

Eigen naam/meisjesnaam: .....

Geboortedatum: ..... Roepnaam (indien gewenst te gebruiken): .....

Geslacht: Man / Vrouw / X\*

Adres: .....

Postcode: ..... Woonplaats: .....

Mobiel: ..... Telefoon Thuis: .....

E-mailadres: .....

Identiteitsbewijs: Paspoort / Rijbewijs / Identiteitskaart\*

Nummer ID bewijs: .....

Burgerlijke staat: Gehuwd / Ongehuwd / Samenwonend / Gescheiden /  
Weduwe / Weduwnaar\*

Beroep: .....

Geboorteland: .....

Polisnummer: ..... Naam zorgverzekeraar: .....

Burger Servicenummer: .....

Vorige Huisarts:

Naam:.....

Adres: .....

Postcode:..... Woonplaats: .....

Nieuwe Apotheek: .....

- Heeft u kinderen:
- nee
  - ja, uitwonend
  - ja, thuiswonend (hieronder hun gegevens invullen)

Roepnaam:..... Geslacht: M/V\*  
Voorletters en Achternaam: .....  
Geboortedatum: ..... BSN-nummer: .....  
Polisnummer: ..... Naam zorgverzekeraar: .....  
Nummer ID bewijs: ..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart\*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V\*  
Voorletters en Achternaam: .....  
Geboortedatum: ..... BSN-nummer: .....  
Polisnummer: ..... Naam zorgverzekeraar: .....  
Nummer ID bewijs: ..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart\*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V\*  
Voorletters en Achternaam: .....  
Geboortedatum: ..... BSN-nummer: .....  
Polisnummer: ..... Naam zorgverzekeraar: .....  
Nummer ID bewijs: ..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart\*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V\*  
Voorletters en Achternaam: .....  
Geboortedatum: ..... BSN-nummer: .....  
Polisnummer: ..... Naam zorgverzekeraar: .....  
Nummer ID bewijs: ..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart\*

Hierbij verklaar ik, dat ik tot wederopzegging ingeschreven sta bij Doktershuis Ravenstein, huisartsenpraktijk van S.R. Keulers en T. Olde Riekerink, te Ravenstein.

Door ondertekening geef ik toestemming om mijn gegevens van naam, adres, woonplaats, telefoonnummer, email-adres en verzekeringsgegevens te delen met de apotheek van mijn inschrijving.

Door ondertekening geef ik toestemming aan Doktershuis Ravenstein om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen en ga ik ermee akkoord dat dit door de vorige huisarts per post of digitaal wordt toegestuurd.

Datum inschrijving: ..... Plaats: .....

Handtekening: .....

Contre Escarpe 2  
5371CK Ravenstein  
Tel. 0486-411530



## DOKTERSHUIS RAVENSTEIN

### Vragenlijst nieuwe patiënten

Geachte mevrouw/meneer,

Deze vragenlijst is bedoeld om ons meer informatie te geven over uw gezondheid. U bent natuurlijk niet verplicht om iets in te vullen, maar wij zouden het zeer op prijs stellen.

Deze lijst wordt, zo nodig, bewaard bij uw medische gegevens en strikt vertrouwelijk behandeld. Bij een ziekte in de toekomst kunnen deze vragen ons helpen u beter te adviseren. Wij kunnen u mogelijk wijzen op risicofactoren voor uw gezondheid, door het werk dat u doet of door andere omstandigheden.

U kunt, als u dat wilt, de antwoorden met ons op het spreekuur doorspreken.

Indien u (jonge) kinderen heeft, wilt u dan ook een lijst m.b.t. hun gezondheid invullen?

S.R. Keulers, huisarts  
T. Olde Riekerink, huisarts

#### **PERSOONSGEGEVENS**

Naam : ..... Geboortedatum : ..... Telefoonnr. : .....  
Adres .....

#### **ALGEMENE GEZONDHEIDSINFORMATIE**

Gebruikt u medicijnen die u niet op recept hebt gekregen? ja / nee

Zo ja, welke?

.....  
.....  
.....

Indien u medicijnen gebruikt, wilt u die dan bij uw eerste bezoek meenemen, zodat wij daar een goed overzicht van kunnen krijgen?

Rookt u? ja / nee

Zo ja, wat en hoeveel?

.....

#### **ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN**

Wat is uw beroep?

.....

Heeft u op uw werk te maken met:

- Lawaai ja / nee
- Chemische stoffen ja / nee
- Prikkelende dampen ja / nee
- Rook ja / nee
- Air-conditioning ja / nee
- Veel computerwerk ja / nee

## **FAMILIE**

Omdat sommige ziektes erfelijk zijn of in bepaalde families vaker voorkomen, is het ook van belang iets over uw familie te weten.

Hebben familieleden , aangetrouwde buiten beschouwing gelaten, onderstaande ziektes gehad? Graag in onderstaande tabel invullen om welk familielid het gaat.

	Grootouders	Ouders	Broers/Zussen	Kinderen
Bronchitis/Astma				
Hart- en vaatziekten				
Suikerziekte				

Komen er in uw familie ándere ziektes veel voor of kent u een erfelijke ziekte binnen uw familie?  
ja / nee

Zo ja, welke?

.....  
.....

## **VROEGERE ZIEKTEN**

Heeft u ooit een van de volgende aandoeningen gehad?

- Hoge bloeddruk ja / nee
- Ziekten van hart en bloedvaten ja / nee
- TBC ja / nee
- Astma/Bronchitis/Emfyseem ja / nee
- Suikerziekte ja / nee
- Overige, zoals

.....  
.....

Bent u in het verleden langere tijd onder behandeling van een specialist geweest?  
ja / nee

Zo ja, welke specialisten, wanneer en in welk ziekenhuis?

.....  
.....

Bent u ooit afgekeurd voor: (Niet gekeurd, niet invullen)

- Sport ja / nee
- Bloedtransfusiedienst ja / nee
- Beroep ja / nee
- Militaire dienst ja / nee
- Levensverzekering ja / nee

Zo ja, om welke reden?

.....  
.....

Heeft u bij het donorregister toestemming gegeven om uw organen en weefsels na uw overlijden beschikbaar te stellen voor donatie?  
ja / nee

Zo ja, heeft u hierbij bepaalde organen en / of weefsels uitgesloten van donatie?

.....

Deed u mee aan bevolkingsonderzoek naar:

- Borstkanker ja / nee
- Baarmoederhalskanker ja / nee
- Darmkanker ja / nee

Zijn daarbij ooit afwijkingen gevonden? ja / nee

Zo ja, welke?

.....

Contre Escarpe 2  
5371CK Ravenstein  
Tel. 0486-411530



**DOKTERSHUIS RAVENSTEIN**

## Toestemmingsformulier uitwisselen gegevens LSP

Datum: .....

Naam: .....

Adres .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

- Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.
- Nee, ik ga niet akkoord.
- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij. De kinderen waarvoor ik toestemming verleen zijn:

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Naam: .....

Geboortedatum .....

Naam: .....

Geboortedatum: .....

**Voor kinderen tot 12 jaar kunt u als ouder/verzorger toestemming geven. Kinderen van 12 tot 16 jaar moeten ook zelf toestemming geven. Dit kan door hen een paraaf achter hun naam op dit formulier te laten zetten. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in. Zij hebben uw toestemming niet nodig.**

Meer informatie vindt u op : [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl)