INLICHTINGENFORMULIER NIEUWE PATIËNTEN

WELKOM

Van harte welkom en fijn dat je koos voor Medisch Huis Ter Linden waar een positieve gezondheid centraal staat. Om je gezondheid goed te kunnen opvolgen en goede zorg te kunnen bieden, vragen wij je om je in te schrijven in onze praktijk.

Om uw inschrijving volledig te maken zijn er drie zaken nodig:

- Abonnementsformulier – voor inschrijving in het forfaitair systeem
- Inlichtingenformulier nieuwe patiënt (dit document)
- Identiteitskaart laten inlezen aan het onthaal

Om je dossier te kunnen vervolledigen, vragen wij je om onderstaande vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. Graag één formulier invullen per persoon. We zijn er ons van bewust dat dit een lange vragenlijst is. Mocht je problemen ondervinden bij het invullen van deze lijst, helpen wij je graag verder. De ingevulde lijst kan je doormailen naar **verpleging@mhterlinden.be** of afgeven aan het onthaal.

De gegevens die je hieronder nalaat, worden vertrouwelijk behandeld volgens de geldende regels met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens en gezondheidsgegevens. Meer informatie hieromtrent vind je op onze website www.mhterlinden.be

1. GEGEVENS VORIGE HUISARTS

Bij welke huisarts was je vroeger in behandeling?

Naam: .....

Adres:.....
.....

Mogen wij jouw medisch dossier bij deze arts opvragen? JA – NEE

2. PERSOONSGEGEVENS

	IDENTIFICATIE
Naam	
Voornaam	
Rijksregisternummer	
Gsm-nummer	
E-mailadres	

CONTACTPERSONEN (Voor- en achternaam noteren)	TELEFOONNUMMER	RELATIE (broer/zus, moeder/vader, buur, vriend, partner, ...)

3. PARAMETERS

Lengte:	.....cm
Gewicht:	.....kg
Lichaamsbeweging: (kruis aan wat past)	○ Onvoldoende ○ Minimaal ○ Goed ○ Recreatiesport ○ Competitiesport ○ Bewegen onmogelijk
Rook je?	JA – NEE Zo JA: Hoeveel per dag? ...../dag Hoelang? ...../ jaar
Heb je ooit gerookt?	JA – NEE Zo JA: Hoeveel per dag? ...../dag Hoelang? ...../ jaar
Drink je regelmatig alcohol? (Kruis aan wat past)	JA – NEE Zo JA: Hoe vaak? ○ < 1x/ maand ○ 2 à 4x/ maand ○ 2 à 3/ week ○ 4 of meer / week Aantal /keer? ○ 1 à 2 eenheden ○ 3 à 4 eenheden ○ 5 à 6 eenheden ○ 7 à 9 eenheden ○ > 10 eenheden Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer glazen drinkt bij één enkele gelegenheid? ○ Nooit ○ Minder dan maandelijks ○ Maandelijks ○ Wekelijks ○ Dagelijks of bijna dagelijks
Gebruikt u drugs of andere verdovende middelen?	JA – NEE Zo JA, welke? ....

4. MEDISCHE INFORMATIE

Ben je allergisch aan bepaalde zaken (medicatie, voeding,…)?	JA – NEE
Zo JA: Aan wat ben je allergisch? .... Welke reactie heeft u hiervan?.....	

Heb je in het verleden operaties ondergaan?	JA – NEE
Zo JA: Welke operatie? / Wanneer? (jaar)	

Heb je suikerziekte?	JA – NEE Zo ja, vanaf welke leeftijd? .....
Heb/had je een hart- en vaatziekte? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing,…)	JA – NEE Zo ja, wat juist en op welke leeftijd? .....
Lijd je nog aan andere (chronische) ziekte(s)? Zo ja, welke?	....
Heb je ooit borstkanker gehad?	JA – NEE Zo ja, wanneer? .....
Heb je ooit darmkanker gehad?	JA – NEE Zo ja, wanneer?.....

A. FAMILIAAL

Is dit aanwezig bij familie?		Wie van de familie en op welke leeftijd is de diagnose gesteld?
Suikerziekte	JA – NEE	
Hart- en vaatziekte ziekte (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing,…)	JA – NEE	
Borstkanker	JA – NEE	
Darmkanker	JA – NEE	

5. MEDICATIEGEBRUIK *

Neem je dagelijks of op regelmatige basis medicatie? Zo ja, vul hieronder het medicatieschema in.	JA – NEE

Naam + dosis	Frequentie	Nuchter	Ontbijt	Middagmaal	Avondmaal	Voor slapen
Voorbeeld: Paracetamol 1000mg	3x/dag		1	1		1

* Indien de lijst langer is, mag u een duidelijke bijlage toevoegen.

6. PREVENTIEVE GEZONDHEIDSMAATREGELEN

Wanneer kreeg je je laatste tetanusvaccinatie?	_____/____/_____
Laat je je jaarlijks vaccineren tegen de griep?	JA – NEE – WEET IK NIET
Kreeg je reeds een pneumokokkenvaccin?	JA – NEE – WEET IK NIET Zo ja, wanneer? _____/____/_____
Laat je jaarlijks een bloedonderzoek doen?	JA – NEE Zo ja, wanneer? _____/____/_____
Vanaf 50 jaar: heb je reeds een stoelgangonderzoek laten uitvoeren ter preventie van darmkanker?	JA – NEE Zo ja, wanneer? _____/____/_____

Heb je al nagedacht wat je wensen zouden zijn wanneer het niet goed met je gaat, als het levenseinde zou naderen?	JA – NEE Zo Ja, bespreek dit met je arts.

ENKEL VOOR VROUWEN	
Gebruikt u anticonceptie?	JA – NEE Zo ja, welke? .....
Vanaf 25 jaar: liet u een uitstrijkje nemen in kader van baarmoederhalskanker?	JA – NEE Zo ja, wanneer was het laatste uitstrijkje? ___/___/_____
Vanaf 50 jaar: liet u al ooit een mammografie nemen?	JA – NEE Zo ja, wanneer was de laatste mammografie? ___/___/_____

Zijn er nog belangrijke zaken over jouw gezondheid die je wenst te melden?	JA – NEE Zo ja, noteer deze hieronder

Opgemaakt te ..... op ___/___/_____

Naam: .....

Handtekening: