

Formulier voor kennismakingsgesprek

Datum _____ In computer ingevoerd: _____ Praktijk; Gor/ NL/ NLW

Naam _____

Geb.datum: _____ man/vrouw

Adres _____

Tel _____ Apotheek _____

Vorige huisarts: _____

Reden van verandering _____

Werk /opleiding _____

Gegevens gezin/woonverband: _____

Heeft u ooit klachten gehad van:

- Suikerziekte Longziekte astma/emfyseem/copd/tbc/longontsteking Hoge bloeddruk
- Hart- of vaatziekten Overspannen zijn Depressie Angsten Eetstoornis
- Lever of darmziekte Aanhoudende gewrichtsklachten Schildklierziekte
- Andere ernstige ziekten; nl. _____

Rookt u? _____ Hoeveel sigaretten/shag/sigaren per dag _____

Hoeveel glazen alcohol drinkt u per dag gemiddeld _____

Gebruikt u drugs? _____

Is uw bloeddruk ooit gemeten? _____

Is er ooit een AIDStest gedaan? _____ Zo ja, wanneer? _____

Bent u ooit slachtoffer geweest van geweld? _____ Van seksueel geweld? _____

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist_____

Zo ja, welke?_____

Gebruikt u geneesmiddelen_____ Zo ja, welke?_____

Gebruikt u anticonceptie_____ Zo ja, welke? _____

Bent u ergens overgevoelig (allergisch) voor? Waarvoor _____

Heeft u het afgelopen jaar een griepvrij gekregen?_____

Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie of ingreep ondergaan?

Zo ja_____

Welke ziekten komen er in de familie voor?

Suikerziekte Hoge bloeddruk Hart/vaatziekten Beroerte of hersenbloeding

Astma/CARA Nierziekte Psychische ziekten

Kanker, welk soort:_____

Woont u naar uw zin? In een goed huis?_____

Werkt u naar uw zin?_____

Heeft u hobby's?_____

Heeft u op dit moment problemen met ouders/kinderen/familie/overig?

Overige opmerkingen van belang: _____
