



# INLICHTINGENFORMULIER NIEUWE PATIËNTEN

## 1. Welkom

Van harte welkom en fijn dat je koos voor medisch huis Ter Linden. Om je gezondheid goed te kunnen opvolgen en goede zorg te kunnen bieden, vragen wij je om een Globaal Medisch Dossier (GMD) af te sluiten in onze praktijk en zo snel mogelijk de identiteitskaart van iedereen die ingeschreven wil worden te laten inlezen aan het secretariaat.

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 ganse waslijst aan vragen is. Mocht je problemen ondervinden bij het invullen van deze lijst, helpen wij je graag verder bij jouw volgende bezoek. De ingevulde lijst kan je doormailen naar [verpleging@mhterlinden.be](mailto:verpleging@mhterlinden.be) of binnenbrengen bij de praktijk. Nadien contacteert de verpleging je ter bevestiging van je inschrijving. Dit kan tot enkele weken duren.

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.hap-terlinden.be](http://www.hap-terlinden.be).

Hierbij verklaar ik mij akkoord om een GMD af te sluiten bij medisch huis Ter Linden.	JA – NEE
---	----------

Bij welke huisarts was je vroeger in behandeling?	
Naam: .....	
Adres: .....	
.....	
Mogen wij jouw medisch dossier bij deze arts opvragen?	JA – NEE

## 2. Persoonsgegevens

**Aandacht:** Gelieve bij je eerste bezoek aan de praktijk jouw identiteitskaart te laten inlezen aan het onthaal.

Identificatie	
Naam & Voornaam	
Rijksregisternummer	
Telefoon- en/of GSM-nummer	
E-mailadres	
Gezinssituatie	
Burgerlijke staat	Alleenstaand – gehuwd – samenwonend – gescheiden – weduwe(naar)
Aantal kinderen	

### 3. Medische informatie

Ben je allergisch aan bepaalde zaken (medicatie, voeding, ...)? Zo ja, Welke? ..... ..... ..... .....	JA – NEE
Hoe groot ben je (lengte)?	.....CM
Hoeveel weeg je (lichaamsgewicht)?	.....KG
Heb je in het verleden (ernstige) operaties ondergaan? Zo ja, welke en wanneer?	JA – NEE
<b>Welke operatie?</b>	<b>Wanneer?</b>
Heb jij of een naast familielid suikerziekte?	JA – NEE – FAMILIE
Heb jij of een naast familielid een hart- of vaatziekte (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing, ...) of gehad?	JA – NEE – FAMILIE
Heb je een te hoge bloeddruk?	Ja – NEE
Lijd je nog aan andere (chronische) ziekte(s)? Zo ja welke? ..... ..... ..... .....	Ja – NEE
Is er ooit bij iemand in de familie borst- of darm- of andere kanker vastgesteld? Zo ja, welke en bij wie? ..... .....	JA – NEE
Rook je? Zo ja, hoeveel? ..... per dag - sinds ..... jaar	JA – NEE
Heb je ooit gerookt? Zo ja, hoeveel? ..... per dag - sinds ..... jaar	JA – NEE
Drink je regelmatig alcohol? Zo ja, hoeveel? ..... glazen per dag - ..... glazen per week - ..... glazen per maand	JA – NEE
Gebruik je drugs of andere verdovende middelen?	JA – NEE

#### 4. Medicatiegebruik

Neem je dagelijks of op regelmatige basis medicatie? Zo ja, vul hieronder het medicatieschema in.						JA – NEE	
Medicatieschema							
Naam + dosis	Frequentie	Nuchter	Ontbijt	Middag- maal	Avond- maal	Voor slapen	
<i>Voorbeeld: Paracetamol 1000mg</i>	<i>3x per dag</i>		<i>1</i>	<i>1</i>		<i>1</i>	

#### 5. Preventieve gezondheidsmaatregelen

Wanneer kreeg je je laatste Tetanusvaccinatie (de klem)?	___ / ___ / _____
Laat je je jaarlijks vaccineren tegen de griep?	JA – NEE
<b>Vanaf 65 jaar:</b> Kreeg je een pneumokokkenvaccin? Zo ja, Wanneer kreeg je deze? ___ / ___ / _____	JA – NEE
Laat je jaarlijks een bloedonderzoek doen? Zo ja, wanneer was je laatste bloedonderzoek? ___ / ___ / _____	Ja – NEE
<b>Vanaf 50 jaar:</b> Heb je reeds een stoelgangonderzoek laten uitvoeren ter preventie van darmkanker?	JA – NEE
Wat doe je van vrijetijdsbesteding / hobby's? .....	
Heb je al nagedacht wat je wensen zouden zijn wanneer het niet goed met jou gaat, als het levenseinde zou naderen?	JA – NEE

Enkel voor vrouwen	
Welke soort anticonceptie gebruikt u? .....	
<b>Vanaf 25 jaar:</b> Wanneer heb je voor het laatst een uitstrijkje laten uitvoeren?	___ / ___ / _____
<b>Vanaf 50 jaar:</b> Wanneer heb je voor het laatst een mammografie laten uitvoeren?	___ / ___ / _____

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

Opgemaakte te ..... op \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Naam: ..... + Handtekening: .....