

Naam.....
Geboortedatum.....
Adres.....
Postcode/woonplaats.....
Tel. Nummer.....
Huisarts.....

MEDISCHE INFORMATIE

Heeft u ooit geleden aan één van onderstaande aandoeningen? Zo ja, (sinds) wanneer?

- Suikerziekte
- Longziekten
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten
- Depressies
- Lever- of darmziekten
- Eetstoornis
- Gewrichtsklachten
- Geslachtsziekten
- Schildklierziekten
- Geen van bovenstaande

Bent u recentelijk behandeld door een specialist? En zo ja, waarvoor?

- Nee
- Ja, welke specialismen? a)
b)

Gebruikt u momenteel medicatie:

- Nee
- Ja: nl.....
.....

Bent u allergisch voor:

- Geneesmiddelen, zo ja welke?:.....
- Voedingsmiddelen, zo ja welke?:.....
- Andere stoffen:
- Niet allergisch

Heeft u afgelopen jaar een griepvaccinatie gekregen:

- Ja, omdat:
- Nee

Heeft u ooit een ongeluk/operatie/ingreep gehad/ondergaan:

- Ja:.....
.....
- Nee

Rookt u?

- Ja,.....sigaretten per dag gedurende..... jaar
- Nee
- Heeft u gerookt en bent u gestopt. Zo ja, wanneer?.....

Drinkt u alcohol?

- Ja,..... glazen per dag
- Nee

Aandoeningen in de familie, zo ja bij wie? (alleen in eerste en tweede graad):

- Diabetes
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten < 60 jaar
- Kanker
- Andere ziekten/aandoeningen.....
- Geen van bovenstaande aandoeningen

Andere informatie die belangrijk kan zijn voor de dokter of eventuele toelichtingen kunt vermelden op de achterzijde van dit formulier.

Datum.....

Naam.....

Handtekening.....

U kunt dit formulier per post opsturen naar uw huisarts of persoonlijk komen langsbrengen:

Gezondheidscentrum Hubertusduin

Huisartsenpraktijk

t.a.v. (invullen: uw huisarts)

Bronovolaan 3

2597 AX Den Haag

Namens het team huisartsen van Gezondheidscentrum Hubertusduin,
hartelijk dank.