

Welkom bij docWerchter,

Om u als nieuwe patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen, is het belangrijk dat we een zicht krijgen op uw medische voorgeschiedenis. Ter voorbereiding van uw eerste consultatie vragen we u het onderstaande formulier in te vullen.

Geen printer? Aan onze balie liggen afgedrukte formulieren klaar. U kunt die elke voormiddag komen ophalen.

Vergeet ook uw identiteitskaart niet mee te brengen bij elk bezoek.

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Met vriendelijke groeten,
Team docWerchter

1. UW PERSOONSgegevens

Naam: _____

Voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____

Gsm: _____

E-mail: _____

Contactpersonen

Voor- en achternaam	Tel. nr.	Relatie (broer/zus, moeder/vader, buur, vriend, partner, ...)

2. GEGEVENS VORIGE HUISARTS

Bij welke huisarts was je vroeger in behandeling?

Naam: _____

Adres: _____

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

3. UW 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 3x/week 4x of meer/week

Aantal glazen per keer? 1 à 2 3 à 4 5 à 6 7 à 9 > 10

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 en wanneer (jaar)? _____

4. MEDISCHE INFORMATIE (VERVOLG)

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)? JA NEE

Zo ja:

Welke? _____

Heb je ooit borstkanker gehad? JA NEE

Zo ja: Wanneer? _____

Heb je ooit darmkanker gehad? JA NEE

Zo ja: Wanneer? _____

Is dit aanwezig in de familie?

		Wie van de familie en op welke leeftijd is de diagnose gesteld?
Suikerziekte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
Hart- en vaatziekte ziekte (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing,...)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
Borstkanker	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
Darmkanker	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	

5. UW MEDICATIEGEBRUIK

Neem je dagelijks of op regelmatige basis medicatie? JA NEE

Zo ja, vul hieronder het medicatieschema in:

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

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

6. PREVENTIEVE GEZONDHEIDSMATREGELEN

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: _____

Zijn er nog belangrijke zaken over jouw gezondheid die je wenst te melden? JA NEE

Zo ja: _____

7. 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: _____

Toestemmingen

- ik ga akkoord met aanmaken van een therapeutische relatie zodat mijn huisarts toegang krijgt tot de brieven en onderzoeken die werden uitgevoerd door andere artsen. Voor meer info therapeutische relatie bezoek www.docwerchter.be
- ik ga akkoord dat andere huisartsen verbonden aan praktijk doc werchter een therapeutische relatie mogen opstarten.
- ik ga akkoord met aanmaak van een korte samenvatting (Sumehr) van mijn medisch dossier dat vervolgens gedeeld wordt met artsen die ik consulteer (bijvoorbeeld dienstdoende huisarts van wacht of spoedarts). Meer info via www.docwerchter.be/nieuwe-patient/#woordenlijst

Opgemaakt te _____ **op** ___ / ___ / _____

Naam: _____

Handtekening: _____