

Invullijst nieuwe patiënten

Deze informatie is vertrouwelijk en wordt alleen ingezien door behandelteam interne geneeskunde DC Oud Zuid. Wij stellen het op prijs als u deze informatie voor ons wilt invullen. U kunt deze informatie of opsturen of meenemen als je op je afspraak komt. Als er onvoldoende ruimte is op dit formulier, kunt u aan de achterkant doorschrijven

Achternaam	
Voornaam	
Geb datum	
Adres	
Woonplaats	
Email	
Telefoon	
Reden van komst	
Verwijzing	ja / nee
Verwijzing door	
Medische geschiedenis (chronologisch)	
Jjjj / mnd	
Jjjj / mnd	
Jjjj / mnd	
Behandeling tevoren elders en waar	
Reden overstap naar DC Klinieken	
Huidig medicijn gebruik	
Medicijn gebruik niet voorgeschreven	
Bijwerkingen medicijnen nu en verleden	
Roken nu of in verleden	
Alcohol, hoeveel	
Drugsgebruik	
Allergieën	
Familie ziektes vader moeder, zusters broers kinderen en verder weg	
Andere behandelaren, therapeuten	

Huidige klachten, vragen gezondheidsproblemen	
Verwachtingen tav begeleiding, behandeling	
Vaccinaties	
Hepatitis A	Ja/nee wanneer:
Hepatitis B	Ja/nee wanneer:
DTP	Ja/nee wanneer:
Meningococcen	Ja/nee wanneer:
Andere vaccinaties (en wanneer):	