

## Intakeformulier nieuwe patiënten

Deze informatie is vertrouwelijk en wordt alleen ingezien door het behandelteam van het Hiv Behandelcentrum DC Klinieken. Dit formulier graag ingevuld meenemen als je op je afspraak komt.

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geb. datum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Reden van komst: \_\_\_\_\_

Verwijzing: ja / nee

Verwijzing door: \_\_\_\_\_

Medische geschiedenis (chronologisch):

Jaar/mnd \_\_\_\_\_ :

Jaar/mnd \_\_\_\_\_ :

Jaar/mnd \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_ :

Behandeling tevoren  
elders en waar: \_\_\_\_\_

Reden overstap naar  
DC Klinieken: \_\_\_\_\_

Huidig medicijn gebruik: \_\_\_\_\_

Medicijn gebruik niet  
voorgescreven: \_\_\_\_\_

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 t.a.v.  
begeleiding, behandeling:

---

Vaccinaties:

Hepatitis A Ja / nee, wanneer: \_\_\_\_\_

Hepatitis B Ja / nee, wanneer: \_\_\_\_\_

DTP Ja / nee, wanneer: \_\_\_\_\_

Meningococcon Ja / nee, wanneer: \_\_\_\_\_

Andere vaccinaties  
(en wanneer): \_\_\_\_\_

Overig:

---

---

---

---

---

---

---