

# Vragenlijst voor nieuwe patiënten

Welkom bij Meditilia!

Je hebt je aangemeld als nieuwe patiënt bij onze praktijk Meditilia.

We vragen je deze vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen, met als doel jouw (medische) gegevens zo volledig mogelijk in kaart te brengen.

We nodigen je na invullen van de vragenlijst graag uit voor een kennismakingsgesprek. Tijdens dit gesprek overlopen we samen de aandachtspunten en lichten we de werking van onze praktijk toe.

## Persoonsgegevens

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Familienaam                     |  |
| Voornaam                        |  |
| Roepnaam                        |  |
| Geslacht                        |  |
| Geboortedatum                   |  |
| Geboorteland                    |  |
| Geboorteplaats                  |  |
| Rijksregisternummer             |  |
| eID- of ISI<br>plus-kaartnummer |  |

## Adresgegevens

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Land                                                        |  |
| Postcode                                                    |  |
| Gemeente                                                    |  |
| Straat                                                      |  |
| Huis- en busnummer                                          |  |
| Verblijfplaats (indien<br>afwijkend van<br>domicilie-adres) |  |

**Contactinformatie**

|            |  |
|------------|--|
| Vaste lijn |  |
| Gsm-nummer |  |
| E-mail     |  |

**Extra informatie**

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Burgerlijke staat                                                     |  |
| Taal                                                                  |  |
| Nationaliteit                                                         |  |
| Beroep<br><br>Indien gepensioneerd:<br>welk beroep oefende je<br>uit? |  |
| Religie                                                               |  |

**Contactpersonen**

| Naam | Telefoonnummer | Relatie |
|------|----------------|---------|
|      |                |         |
|      |                |         |
|      |                |         |

**Zorgteam (thuisverpleegkundige, huisapotheek, kinesitherapeut, psycholoog, diëtist, ...)**

| Naam | Telefoonnummer | Specialiteit |
|------|----------------|--------------|
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |
|      |                |              |

## Medische gegevens

|                                                                                                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Ben je allergisch of overgevoelig voor geneesmiddelen of hulpstoffen (bv penicilline, latex, jodium, ...)?</p> <p>Zo ja, welk soort reactie?</p>                           |  |
| <p>Gebruik je geneesmiddelen?</p> <p>Zo ja, vul dan bijgevoegd medicatieschema zo volledig mogelijk in.</p>                                                                   |  |
| <p>Lijdt je of heb je geleden aan één of meerdere (chronische) ziekte(n)?</p> <p>bv. diabetes, COPD, astma, hart- en vaatziekten, nierziekten, epilepsie, andere ziekten?</p> |  |
| <p>Lijdt je of heb je ooit geleden aan een psychische aandoening?</p> <p>bv. bipolaire stoornis, (post-partum) depressie, burn-out, ...</p>                                   |  |
| <p>Ben je ooit geopereerd geweest?</p> <p>Zo ja, waaraan en wanneer?</p>                                                                                                      |  |
| <p>Heb je ooit een ongeval gehad?</p> <p>Zo ja, wanneer? Zijn er blijvende gevolgen?</p>                                                                                      |  |
| <p>Ben je onder behandeling van een specialist?</p> <p>Zo ja, bij wie, voor wat en waar?</p>                                                                                  |  |
| <p>Komen er bepaalde ziekten voor in jouw familie? En bij wie?</p> <p>bv. erfelijke aandoeningen, kanker, diabetes, hart- en vaatziekten.</p>                                 |  |

|                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Voor vrouwen:</p> <p>Ben je ooit zwanger geweest?</p> <p>Zo ja, hoeveel kinderen heb je?</p> <p>Was er ooit sprake van een miskraam of abortus?</p> |  |
| <p>Zijn er nog onderwerpen waarvan je vindt dat de huisarts op de hoogte moet zijn?</p>                                                                |  |

### Levensstijl

|                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Doe je aan sport of beweging? Hoe vaak?</p>                                                  |  |
| <p>Heb je hobby's?</p>                                                                          |  |
| <p>Rook of vape je of heb je ooit gerookt?</p> <p>Zo ja, hoeveel per dag? Hoe lang rook je?</p> |  |
| <p>Drink je alcohol?</p> <p>Zo ja, hoeveel consumpties per dag / per week?</p>                  |  |
| <p>Gebruik je drugs of andere middelen?</p> <p>Zo ja, welke en hoe vaak?</p>                    |  |

### Preventie (indien gekend)

|                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Datum laatste dikke darmonderzoek?</p>                                                        |  |
| <p>Datum laatste baarmoederhalsuitstrijkje?</p>                                                  |  |
| <p>Datum laatste mammografie?</p>                                                                |  |
| <p>Vaccinaties</p> <p>Beschik je over een vaccinatiekaart?</p> <p>Zo ja, breng deze dan mee.</p> |  |

### Vroegtijdige zorgplanning

|                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Beschik je over een wilsverklaring?</p> <p>Zo ja, breng deze dan mee.</p> |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|

Geef je toestemming voor het elektronisch delen  
van jouw gezondheidsgegevens tussen zorgverleners?

ja / nee

Ga je akkoord met het opvragen van jouw medisch  
dossier bij jouw vorige huisarts?

ja / nee

Naam vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Wens je nog iets te vermelden?

-----

-----

Ik verklaar deze vragenlijst gelezen te hebben, alle vragen begrepen te hebben en  
zorgvuldig ingevuld te hebben.

Datum

Handtekening