

# Medicalcentre Hubertusduin

[www.hubertusduin.nl](http://www.hubertusduin.nl)

Huisartspraktijk de Groot

Huisartspraktijk Lunstroot

Huisartsenpraktijk Millenaar en Ramadhin

Bronovolaan 3, 2597AX te Den Haag

**070-2226088**

[huisartsdegroot@ezorg.nl](mailto:huisartsdegroot@ezorg.nl)

[praktijklunstroot@ezorg.nl](mailto:praktijklunstroot@ezorg.nl)

[praktijkmillenaarenramadhin@ezorg.nl](mailto:praktijkmillenaarenramadhin@ezorg.nl)

## REGISTRATIONFORM



First name	
Initials	
Last name	
Maidenname	
Seks and date of birth	
Place of birth	
Street and number	
Residence	
Home telephone	
Cell phone	
Email address	
Marital status	
Insurance company	
Policy number	
BSN number	
ID type and number	
Pharmacy	
I authorize my former GP making my medical dossier available to my new GP. His/her name and number?	
I authorize the below-mentioned GP and pharmacist making my data available through the LSP. (National Exchange Point) * Information: <a href="http://www.ikgeeftoestemming.nl">www.ikgeeftoestemming.nl</a>	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
Did you receive a flu-vaccination in the past two years?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
If yes, due to which indication?	<input type="radio"/> your age <input type="radio"/> medical indication <input type="radio"/> both
With which GP do you want to register? (healthcare provider)	

If you want to make an appointment for a acquaintance meeting, please contact the GP-Practice. Please note: we need to check your ID at your first visit to our Medicalcentre.

**DATE:**.....**SIGNATURE:**

\*For children up to age 12: the parent or guardian gives permission.

\*For children aged 12 to 16 who wish to give their permission: both the parent or guardian and the child need to give permission \*

\*Children aged 16 and over need to give permission themselves

01-02-2019

**MEDISCHE INFORMATIE / MEDICAL INFORMATION**

Heeft u ooit geleden aan één van onderstaande aandoeningen? Zo ja, (sinds) wanneer?  
Have you ever suffered of any of these diseases? If yes, please note date and diagnoses

- Suikerziekte / *Diabetes*
- Longziekten / *Lung diseases*
- Hoge bloeddruk / *High blood pressure*
- Hart- en vaatziekten / *Heart disease*
- Depressies / *Depressions*
- Lever- of darmziekten / *Liver or intestinal diseases*
- Eetstoornis / *Eating disorder*
- Gewrichtsklachten / *Sustained pain in the joints*
- Geslachtsziekten / *Venereal diseases*
- Schildklierziekten / *Thyroid diseases*
- Geen van bovenstaande / *None of the above*

Bent u recentelijk behandeld door een specialist? En zo ja, waarvoor? Are you presently being treated by a specialist? If yes, please note date and diagnosis

- Nee / *No*
- Ja / *Yes*, welke specialismen? / *which specialism?*
- a) .....

b) .....

Gebruikt u momenteel medicatie / *Are you presently on medication:*

- Nee / *No*
- Ja / *Yes*:.....

Bent u allergisch voor / *Are you allergic to:*

- Geneesmiddelen / *Types of medication*:.....
- Voedingsmiddelen / *Foods or drinks*:.....
- Andere stoffen / *Other substances*: .....
- Niet allergisch / *Not allergic*

Heeft u afgelopen jaar een griepvaccinatie gekregen / *Did you have a flu-vaccination during the past year:*

- Ja / *Yes*, omdat / *why*: .....
- Nee

Heeft u ooit een ongeluk/operatie/gehad ondergaan, toelichting: / *Have you ever had an accident/operation, please explain:*

- Ja / *Yes*:.....
- Nee / *No*

Rookt u? / *Do you smoke?*

- Ja / *Yes*,.....sigaretten per dag/ *cigarettes a day*, gedurende / *during*,..... jaar/ *year*
- Nee / *No*
- Heeft u gerookt en bent u gestopt / *Did you smoke but stopped?*

Zo ja, wanneer?/ *If yes, when?*.....

Drinkt u alcohol? / *Do you drink alcohol?*

- Ja / *Yes*,..... glazen per dag / *on average*,.....drinks a day
- Nee / *No*

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

*Diseases running in the family, if yes, what family members (only first and second grade)*

- Diabetes / *Diabetes*
- Hoge bloeddruk / *High blood pressure*
- Hart- en vaatziekten < 60 jaar / *Heart disease < 60 year*
- Kanker < 50 jaar / *Cancer < 50 year*
- Andere ziekten/aandoeningen / *Other diseases*.....
- Geen van bovenstaande aandoeningen / *None of the above*

Andere informatie die belangrijk kan zijn voor de dokter of eventuele toelichtingen kunt vermelden op de achterzijde van dit formulier / *Any other information that could be important for the doctor:*

Opmerkingen / *Remarks:*