



Datum:

Huisarts:

### Medische intake

Naam Voorletters M / V

Geboortedatum Geboorteplaats

#### Gezins- / woonverband

**Bent u:** alleenstaand / gehuwd / samenwonend / gescheiden / weduwe(naar) sinds: .....

Heeft u kinderen?

nee                       ja, thuiswonend                      aantal: .....                      leeftijden: .....

ja, uitwonend                      aantal: .....                      leeftijden: .....

#### Werk

**Bent u:** werkend / werkloos / arbeidsongeschikt / met pensioen / student

(voormalig) werk: .....                      opleiding: .....

#### Gezondheid en ziekten

**Heeft u chronische ziekten of klachten?**

nee                       ja, namelijk: .....

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

nee                       ja, specialisme(n): .....

**Gebruikt u medicatie?**

nee                       ja, namelijk: .....

**Bent u overgevoelig of allergisch?**

nee                       ja, voor:                      medicijnen: .....

eten of drinken: .....

stoffen en/of dieren: .....

Anders, namelijk: .....

**Heeft u het afgelopen jaar de grieprik gekregen?**

nee                       ja

**Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie ondergaan?**

- nee                       ja, een ongeluk: .....
- ja, een operatie: .....
- ja, opname in een ziekenhuis: .....

**Bent u slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?**

- nee                       ja

**Leefstijl**

**Rookt u?**

- nee, nooit gerookt
- nee, gestopt sinds .....                      Hoeveel jaar had u gerookt: .....
- ja, ..... sigaretten per dag                      Hoeveel jaar rookt u : .....

**Gebruikt u drugs?**

- nee                       ja, namelijk: .....

**Drinkt u alcohol?**

- nee                       ja, namelijk: ..... glazen per week                      gedurende ..... jaar

**Doet u aan sport/lichaamsbeweging?**

- nee                       ja, namelijk: .....                      ..... keer per week

**Ziekten in de familie**

- nee                       ja, namelijk:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> suikerziekte            | <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk         |
| <input type="checkbox"/> hart- en vaatziekten    | <input type="checkbox"/> astma                  |
| <input type="checkbox"/> kanker                  | <input type="checkbox"/> aangeboren afwijkingen |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk: ..... |   |

Zo ja, bij wie in de familie: .....

**Heeft u een niet-reanimerenverklaring?**

- nee                       ja

Hartelijk dank voor het invullen van dit formulier. Als u bepaalde vragen van dit formulier verder wilt bespreken of toelichten, dan kunt u te allen tijde een afspraak maken met uw huisarts. Uw gegevens worden opgeslagen in uw dossier.