

## Welkom bij Praktijk Rondpunt

Om je de best mogelijke kwalitatieve zorg te kunnen bieden, vragen we je alvast onderstaande gegevens te willen invullen en mee te brengen naar je eerste consult.

Deze gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden en blijven deel van uw medisch dossier.

### Administratieve vragenlijst

#### Persoonsgegevens:

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Telefoonnummer:.....

emailadres:.....

contactpersoon bij eventuele problemen:

naam:.....

relatie:.....

telefoonnummer:.....

vaste apotheek:.....

### Medische vragenlijst

#### Voorgeschiedenis:

Noteer hier belangrijke medische gegevens uit je verleden + jaartal:

Operaties:

- 1.
- 2.

- 3.
- 4.
- 5.

Lijd je aan een van onderstaande ziekten? Zo ja sinds wanneer?

- |   |         |             |            |
|---|---------|-------------|------------|
| 1. Hypertensie  | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 2. Diabetes   | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 3. Schildklierziekte  | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 4. Hart/vaataandoeningen  | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 5. Kanker   | Ja/ Nee | Welke?..... | Sinds..... |
| 6. Astma/ COPD/ andere longziekten                                  | Ja/ Nee | Welke?..... | Sinds..... |
| 7. leverziekten   | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 8. Maag/darmziekten   | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 9. nierziekten  | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 10. epilepsie   | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 11. andere neurologische aandoeningen                               | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 12. reuma/ gewrichtsaandoeningen                                    | Ja/ Nee | Sinds.....  |            |
| 13. psychische ziekten (depressie/ angsten/ burnout/ psychosen/...) | Ja/ Nee | Welke?..... | Sinds..... |
| 14. sexueel overdraagbare ziekten                                   | Ja/ Nee | Welke?..... | Sinds..... |

**Andere belangrijke medische gegevens :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ben je op dit moment in behandeling bij een **specialist**? Zo ja, welke en waarvoor?

**Allergieën en intoleranties:** (geneesmiddeleallergie, voedselallergieën, wesp, pleisters, hooikoorts,.... )

Noteer hieronder de naam van het eventuele geneesmiddel + reacties

- 1.
- 2.
- 3.

**Chronische medicatie:**

Neem je dagelijks medicatie in?

<i><b>Naam geneesmiddel</b></i>	<i><b>Dosis (aantal mg)</b></i>	<i><b>Frequentie per dag/week</b></i>

Gebruik je andere middelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?

(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

**Levensstijl:**

Rook je? Zo ja, hoeveel per dag?

Drink je soms alcohol? Hoeveel glazen per dag?

Gebruik je drugs?/ Heb je in verleden drugs gebruikt? Zo ja, welke en frequentie?

Doe je aan sport? Zo ja welke en hoeveel uur per week?

**Vaccinaties:**

Beschik je over een vaccinatiekaart/ boekje, breng deze dan mee op consultatie.

Wanneer was je laatste tetanusvaccinatie?

**Preventieve onderzoeken:**

Nam je reeds deel aan het bevolkingsonderzoek dikke darmkanker? (enkel voor 50+)

Vrouwen:

Liet je ooit een uitstrijkje maken? Zo ja, wanneer en wat was het resultaat?

Liet je ooit een mammografie maken? (zo ja, wanneer en wat was het resultaat?)

**Familiale voorgeschiedenis:**

Lijdt iemand uit je familie aan volgende aandoeningen?

- |  |        |                       |    |
|--|--------|-----------------------|----|
| 1. hypertensie   | Ja/Nee | Zo ja: wie? (relatie) |    |
| 2. diabetes  | Ja/Nee | Zo ja: wie? (relatie) |    |
| 3. hart/bloedvataandoeningen(hartinfarct, beroerte, ...) | Ja/Nee |                       | Zo |
|  |        | ja: wie? (relatie)    |    |
| 4. borst of eierstokkanker                               | Ja/Nee | Zo ja: wie? (relatie) |    |
| 5. darmpoliepen of darmkanker                            | Ja/Nee | Zo ja: wie? (relatie) |    |
| 6. prostaatcancer  | Ja/Nee | Zo ja: wie? (relatie) |    |
| 7. andere kankers? zo ja, welke?                         |        |                       |    |

Heeft u een **wilsverklaring** of papieren rond vroegtijdige zorgplanning?

Zo ja, gelieve deze dan mee te nemen naar de consultatie.

Zijn er andere zaken waarvan je huisarts op de hoogte moet zijn?

Datum:

Handtekening patiënt:

## Geïnfomeerde toestemming geven om gezondheidsgegevens te delen

In de loop van uw leven raadpleegt u verschillende zorgverleners. Deze zorgverleners kunnen u beter behandelen als ze samenwerken en uw medische voorgeschiedenis kennen. Ze kunnen u snellere zorg verlenen en voorkomen dat u onnodige onderzoeken moet ondergaan.

De **geïnfomeerde toestemming** is de goedkeuring die u als patiënt aan uw zorgverleners geeft om uw gezondheidsgegevens elektronisch en op een beveiligde manier met elkaar te delen. Door uw toestemming te geven, aanvaardt u dat de personen die u behandelen, informatie over uw gezondheid met elkaar delen.

Alle gegevens die in het bezit zijn van zorgverleners, kunnen worden gedeeld voor zover ze nuttig zijn voor uw behandeling.

Het gaat bijvoorbeeld om:

- resultaten van bloedonderzoeken
- röntgenfoto's
- vaccinatie- en medicatieschema's
- voorgeschreven en afgeleverde medicatie
- ...

Al die gegevens samen vormen het zogenoemde '**gedeeld gezondheidsdossier**'.

- U kunt op ieder ogenblik uw toestemming intrekken.
- U kunt bepaalde zorgverleners uitsluiten van toegang tot uw gegevens.
- Zelfs als u uw toestemming hebt gegeven, kunt u de zorgverlener in kwestie vragen om bepaalde informatie niet te delen.

Voor meer informatie over uw rechten en de diensten die onder deze toestemming vallen:

[info@gezondheid.belgie.be](mailto:info@gezondheid.belgie.be)

Ik, ....., geef hierbij de toestemming om mijn gezondheidsgegevens op een beveiligde manier te delen met mijn andere zorgverleners.

Datum:

Handtekening: