Praktijk Shen

|  |  |
| --- | --- |
| **Intakeformulier** |  |
| **Persoonlijke gegevens** |
| Naam | ……………… |
| Voorletters | ……………… |
| Voornaam | ……………… |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum | ……………… |
| Burger Service Nummer (BSN) | ……………… |
| **Contactgegevens** |  |
| Adres | ……………… |
| Postcode | ……………… |
| Plaats | ……………… |
| Telefoonnummer | ……………… |
| E-mailadres | ……………… |
| **Huisarts\*** |  |
| Naam | ……………… |
| Praktijknaam | ……………… |
| Plaats | ……………… |
| Telefoonnummer | ……………… |

\**Indien u toestemming geeft dat ik eventueel contact opneem met uw huisarts om te overleggen (mocht dat nodig zijn)*

# Medische historie

Ziektes en aandoeningen, gelieve uw leeftijd/jaartal dat het plaatsvond/werd gediagnostiseerd te noteren. Denk hierbij ook aan operaties, (sport)ongelukken, infectieziektes, menstruatieklachten etc.

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# Medicatiegegevens\*

Medicatie (incl. zelfzorgmiddelen en voedingssupplementen): Naam:……………… Sterkte: ………………

Naam:……………… Sterkte: ………………

Naam:……………… Sterkte: ………………

Naam:……………… Sterkte: ………………

*\*Als u een actueel medicatieoverzicht (AMO) van uw apotheek meestuurt hoeft u deze gegevens niet in te vullen.*

# Klacht waarmee u naar Praktijk Shen komt

Wat is uw klacht?

………………………………………………………………………………………………… Hoe lang heeft u deze klacht al?

………………………………………………………………………………………………… Welke acties heeft u zelf reeds ondernomen om de klacht te verhelpen?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………