

Intakeformulier

Welkom bij Kliniek Mosaderma,
Wilt u zo vriendelijk zijn om uw gegevens in onderstaand formulier in te vullen.
Bij voorbaat dank!

Naam	
Voornamen	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Mailadres	
Telefoonnummer	
Huisarts	
Apotheek	
Waarschuwen bij nood	Naam: Tel:

Wat is uw lengte en gewicht?	cm	kg
Neemt u bloedverdunners? Zo ja, welke?		
Heeft u allergieën? Zo ja, welke?		
Bent u in behandeling voor andere ziektes? Zo ja, welke?		
Bent u in het bezit van een verklaring 'niet reanimeren?'	Ja/ nee	
Bent u HIV- positief?	Ja / nee	
Zie de volgende pagina voor de laatste vragen.		
Bent u op dit moment ziek of bekend met een infectie? Zo ja, wat zijn uw symptomen?		

Komen er ziektes in de familie voor zoals bijv. suikerziekte/ hart- en vaat ziekten/ huidkanker? Zo ja, welke?	
--	--

Heeft u korter dan 2 maanden geleden een opname (> 24 uur) in een buitenlands ziekenhuis gehad? Zo ja, in welk land?	Ja / nee	Land:
Hierbij geef ik toestemming voor (schriftelijke) terugkoppeling aan mijn huisarts, apotheek en indien nodig aan medisch specialisten betreffende mijn behandeling(en) bij Kliniek Mosaderma	Ja / nee	

Uw persoonsgegevens en medische gegevens slaan wij digitaal op. Dit doen wij om goede zorg aan u te kunnen verlenen. Het verwerken van uw gegevens doen wij volgens ons [privacy- en dataveiligheidsbeleid](#).

U gaat met die opslag (verwerking) akkoord door uw zorg door onze praktijk te laten uitvoeren.

☐ Ik ga akkoord.

Ondergetekende verklaart dat dit formulier naar waarheid is ingevuld.

Handtekening patiënt _____ datum _____ - _____ - _____