

Intakeformulier Het Oosthuis

1. Demografische gegevens

Achternaam: _____

Voornaam: _____

Roepnaam: _____

Ben je biologisch:

- ☐ Man ☐ Vrouw

Geboortedatum: _____

Rijksregisternummer: _____

Nummer identiteitskaart: _____

Straatnaam + huisnummer: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Mobiel nummer: _____

Emailadres: _____

Naam vorige huisarts: _____

Adres vorige huisarts: _____

Moedertaal:

- ☐ Nederlands
- ☐ Andere: _____

Wat is je kennis van het Nederlands?

- Verstaan: ☐ Onvoldoende ☐ Minimaal ☐ Voldoende ☐ Goed
- Spreken: ☐ Onvoldoende ☐ Minimaal ☐ Voldoende ☐ Goed
- Lezen: ☐ Onvoldoende ☐ Minimaal ☐ Voldoende ☐ Goed
- Schrijven: ☐ Onvoldoende ☐ Minimaal ☐ Voldoende ☐ Goed

Wie mogen we in jouw dossier noteren als jouw contactpersoon?

Naam: _____

Relatie tot deze persoon: _____

Telefoonnummer: _____

2. Sociaal culturele eigenschappen

Wat is je leefsituatie?

- ☐ Alleenwonend
- ☐ Samenwonend (Met wie?) _____
- ☐ Gehuwd
- ☐ Gescheiden
- ☐ Weduwe/Weduwnaar

Heb je kinderen?

- ☐ Ja
 - Aantal thuiswonende kinderen: _____
 - Geboortejaren: _____
 - Aantal uitwonende kinderen: _____
 - Geboortejaren _____
- ☐ Nee

Ben je:

- ☐ Student
 - Studierichting: _____
 - School: _____
- ☐ Werkzoekende
- ☐ Zelfstandige
 - Jobinhoud: _____
- ☐ Werknemer
 - Jobinhoud: _____

- Werkgever + in welk land? _____
- ☐ Gepensioneerd
 - Voormalig beroep: _____
- ☐ Invalide
 - Voormalig beroep: _____
- ☐ Andere

Behoor je tot een minderheid in België?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Indien ja; een minderheid op basis van:

(Er is meer dan één antwoord mogelijk. Duid alle antwoorden aan waarin je je herkent.)

- ☐ Etnisch culturele achtergrond (niet-Belgische roots hebben)
- ☐ Migratieachtergrond (Ooit in een ander land gewoond hebben)
- ☐ Huidskleur
- ☐ Seksuele oriëntatie (homo, lesbienne, biseksueel zijn)
- ☐ Genderidentiteit of genderexpressie (transgender zijn)
- ☐ Fysieke beperking of kenmerken
- ☐ Gezondheidstoestand
- ☐ Politieke overtuiging
- ☐ Religie of geloof
- ☐ Levensvisie of levensstijl
- ☐ Nog een andere minderheid
 - Welke? _____

3. Leefstijl

Doe je aan sport?

- ☐ Ja
 - Welke sport? _____
 - Hoe vaak? _____
- ☐ Nee

Beweeg je daarnaast regelmatig?

(Wandelen, fietsen, huishouden, spelen, tuinieren, ...)

- ☐ Ja
 - Hoe lang per dag? _____
- ☐ Nee

Hoe omschrijf je jouw eetgewoonten?

- ☐ Gezond
- ☐ Eerder gezond
- ☐ Neutraal
- ☐ Eerder ongezond
- ☐ Ongezond

Rook je of gebruik je een vape?

- ☐ Ja
 - ☐ Roken
 - Hoeveel sigaretten per dag? _____
 - ☐ Vapen
 - Hoeveel vapes per week? _____
- ☐ Nee
- ☐ Gestopt
 - In welk jaartal? _____

Gebruik je alcohol?

- ☐ Nee
- ☐ Ja dagelijks
 - Hoeveel eenheden per keer? _____
- ☐ Ja wekelijks
 - Hoeveel eenheden per keer? _____
- ☐ Ja minder dan wekelijks
 - Hoeveel eenheden per keer? _____

Gebruik je drugs?

- ☐ Ja
 - Met welke frequentie gebruik je? _____
 - Welke drug gebruik je? _____
- ☐ Nee

4. Medische gegevens

4.1. Preventie

Ben je gevaccineerd tegen

- ☐ Mazelen – Datum _____
- ☐ Tetanus (klem) – Datum laatste vaccinatie _____

Heb je vaccinatiegegevens op papier, gelieve een kopie bij te voegen.

Liet je al eens een baarmoederhals uitstrijkje nemen?

- ☐ Ja
 - Wanneer was de laatste keer? _____
- ☐ Nee

Liet je al eens een mammografie uitvoeren?

- ☐ Ja
 - Wanneer was de laatste keer? _____
- ☐ Nee

Nam je al eens deel aan het bevolkingsonderzoek voor darmkanker?

- ☐ Ja
 - Wanneer was de laatste keer? _____
- ☐ Nee

Ben je ergens allergisch voor?

- ☐ Ja
 - Waarvoor? _____
- ☐ Nee

4.2. Medicatie

Gebruik je medicatie?

- ☐ Ja (vul ook het medicatieschema in op de laatste pagina)
- ☐ Nee

4.3 Voorgeschiedenis

Welke diagnoses zijn er bij jou vastgesteld?

- ☐ Suikerziekte
- ☐ Longziekten
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Hoog cholesterol
- ☐ Hart- vaatziekten
- ☐ Psychiatrische ziekten: _____
 - Is er hulpverlening betrokken?
 - ☐ Ja
 - Welke? _____
 - ☐ Nee
- ☐ Kanker
- ☐ Lever- of darmziekten
- ☐ Aanhoudende gewrichtsklachten
- ☐ Nierziekten
- ☐ Schildklierziekten
- ☐ Geslachtziekten (SOA)
- ☐ Auto-immuunziekten

Heb je psychische klachten of eerdere trauma's waarvan je het belangrijk vindt dat wij ervan op de hoogte zijn?

- ☐ Ja
 - Wat wil je hierover delen? _____

- ☐ Nee

Ben je wel eens geopereerd?

- ☐ Ja
 - Welke operaties waren dat en wanneer werden ze uitgevoerd?

- ☐ Nee

4.4. Familiaal

Welke ziekten komen in jouw familie voor?

Zo ja, bij welk familielid en op welke leeftijd werd de diagnose gesteld?

- ☐ Suikerziekte _____
- ☐ Hoge bloeddruk _____
- ☐ Hoog cholesterol _____
- ☐ Hart- vaatziekten _____
- ☐ Psychiatrische ziekten _____
- ☐ Kanker _____
- ☐ Andere erfelijke ziektes _____

4.5 Praktisch

Krijg je hulp van thuisverpleging?

- ☐ Ja
 - Wie voert de zorg uit? _____
- ☐ Nee

Heb je een wilsverklaring?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

5. Bijkomende info

Is er bijkomende info die je met ons wilt delen?

6. Toestemming

Ik geef mijn toestemming aan medisch huis Het Oosthuis om:

- ☐ Mijn medische- en persoonsgegevens op te vragen
- ☐ Mijn medische- en persoonsgegevens te verwerken
- ☐ Mijn medische- en persoonsgegevens te bewaren gedurende de periode van onze behandelrelatie of andere wettelijke bewaartermijnen

7. Helena Care

Ik geef mijn toestemming aan medisch huis Het Oosthuis om:

- ☐ Voor mijn kind(eren) jonger dan 12 jaar een volmacht aan te maken voor het gebruik van Helena Care (Een platform waarmee u op een veilige manier medische documenten kan ontvangen)

Deze volmacht mag worden aangemaakt op volgende gegevens:

Rijksregisternummer (ouder 1): _____

Mailadres (ouder 1): _____

Rijksregisternummer (ouder 2): _____

Mailadres (ouder 2): _____

Rijksregisternummer (andere): _____

Mailadres (andere): _____

8. Bijlage: medicatieschema

[illegible]

