



Intakeformulier (*Formularz przyjęcia*)

Algemene gegevens

Naam: *(Imię i nazwisko:)*

Geboortedatum: *(Data urodzenia:)*

BSN:

Adres: *(Adres:)*

Postcode en woonplaats: *(Kod pocztowy i miejscowość:)*

Telefoonnummer: *(Numer telefonu:)*

E-mailadres: *(Adres e-mail:)*

Huisarts en apotheek

Naam huisarts: *(Imię i nazwisko lekarza rodzinnego:)*

Praktijk: *(Przychodnia:)*

Naam apotheek: *(Nazwa apteki:)*

Plaats apotheek: *(Miejscowość apteki:)*

Medische gegevens

Chronische aandoeningen: *(Choroby przewlekłe:)*

Eerdere operaties/opnames: *(Przebyte operacje / hospitalizacje:)*

Allergieën (incl. medicatie/voeding): *(Alergie (w tym leki / żywność):)*

Huidige medicatie: *(Aktualnie przyjmowane leki:)*

Supplementen / zelfzorgmiddelen: *(Suplementy / leki bez recepty:)*



Leefstijl

Roken: *(Palenie:)*

Alcoholgebruik: *(Alkohol:)*

Andere middelen: *(Inne używki:)*

Privacy en gegevensbescherming (AVG)

Uw persoonsgegevens en medische gegevens worden verwerkt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor medische zorgverlening en niet zonder uw toestemming gedeeld met derden, tenzij wettelijk verplicht. *(Pani/Pana dane osobowe i medyczne są przetwarzane zgodnie z RODO i wykorzystywane wyłącznie do celów opieki medycznej.)*

Toestemming gegevensdeling

Ik geef toestemming voor het delen van relevante medische gegevens met andere zorgverleners indien noodzakelijk voor mijn behandeling. *(Wyrażam zgodę na udostępnienie istotnych danych medycznych innym pracownikom ochrony zdrowia, jeśli jest to konieczne do leczenia.)*

Ja Nee

Informed consent

Ik ben geïnformeerd over het doel en de aard van het consult en geef toestemming voor het uitvoeren van het consult en eventueel aanvullend onderzoek. *(Zostałam/em poinformowana/y o celu i charakterze konsultacji oraz wyrażam zgodę na jej przeprowadzenie.)*

Plaats en datum:

Handtekening patiënt: