

ROMSEY & LANCEFIELD MEDISCH PATIËNT INFORMATIE

☐ Dhr ☐ Mevr ☐ Mevr ☐ Missen ☐ Mast ☐ dr

Achternaam voornaam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Postadres: _____ Plaats: _____ Postcode: _____

Straatadres (indien anders dan postadres): _____

Telefoon overdag: _____ Mobiel: _____ Werk: _____

E-mailadres: _____

Noodgeval Contactpersoon:	Relatie met jou:
Telefoonnummer contactpersoon (mobiel):	Thuis:

Nabestaanden Naam Adres:	Relatie met jou:
Telefoonnummer contactpersoon (mobiel):	Thuis:

Jouw culturele identiteit:

☐ Aboriginal ☐ Torres Strait-eilandbewoner ☐ Niet inheems ☐ Ander _____

Medicare-nummer	Vervaldatum: ____ / ____ / ____
Refnr. Naast naam:	

Concessiekaartnummer (gepensioneerden- of gezondheidszorgkaart.)	Vervaldatum: ____ / ____ / ____
--	---------------------------------

DVA-kaartnummer	
DVA-goud of witte kaart	Vervaldatum: ____ / ____ / ____

Afhankelijke kinderen/andere familieleden			
Naam	Geboortedatum	Naam	Geboortedatum
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

FEEDBACK

Hoe heeft u ons Medisch Centrum(en) leren kennen?

<input type="checkbox"/> Mond op mond	<input type="checkbox"/> Witte pagina's	<input type="checkbox"/> Gele pagina's
<input type="checkbox"/> Bewegwijzering buiten de praktijk	<input type="checkbox"/> Rijden/langsgelopen	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Nieuwsbrief	<input type="checkbox"/> Vrienden	
<input type="checkbox"/> Apotheek	<input type="checkbox"/> Anders (gelieve te specificeren) _____	

GELIEVE OM TE ZIEN EN HET GEZONDHEIDSOVERZICHT TE VOLTOOIEN

Heeft u aanhoudende gezondheidsproblemen?? JA Zo ja, ☐ NEE ☐
graag vermelden

Heeft u in het verleden aanzienlijke gezondheidsproblemen gehad?? JA ☐ NEE ☐

Heeft u ooit een familiegeschiedenis gehad van

Diabetes	- Moeder	- Vader	- Broer zus	- Grootouder	- Nee
Hartziekte	- Moeder	- Vader	- Broer zus	- Grootouder	- Nee
Hartinfarct	- Moeder	- Vader	- Broer zus	- Grootouder	- Nee
Astma	- Moeder	- Vader	- Broer zus	- Grootouder	- Nee
Kanker	- Moeder	- Vader	- Broer zus	- Grootouder	- Nee

Indien ja op de vraag over kanker, specificeer dan welke soort: _____

Vermeld alle medicijnen die u momenteel gebruikt; Geen ☐

Vermeld eventuele medicijnen, voedsel of andere allergieën die u heeft; Nihil bekend ☐

Rook je?

Nee ☐ Als u een ex-roker bent, wanneer bent u dan gestopt?
Ja ☐ Hoeveel per dag?

Gebruikt u alcohol? Nee

Ja ☐
Af en toe ☐ Hoeveel standaard drankjes per dag..... Week.....

Gebruikt u nog andere recreatieve middelen? Nee

Ja ☐
Af en toe ☐ Gelieve te specificeren.....

Wanneer heeft u deze inentingen voor het laatst gehad?

Influenza	Datum;
Longontsteking	Datum;
Tetanus	Datum;

Gezondheid van vrouwen

Wanneer was je laatste uitstrijkje??

Datum indien bekend.....

Binnen de afgelopen 12 maanden	<input type="checkbox"/>
Binnen de afgelopen 2 maanden	<input type="checkbox"/>
Meer dan 2 jaar geleden	<input type="checkbox"/>
Meer dan 4 jaar geleden	<input type="checkbox"/>
Nooit	<input type="checkbox"/>
Niet verplicht	<input type="checkbox"/>

De gezondheid van mannen - als u ouder bent dan

45 Wanneer was uw laatste prostaatcontrole?

Datum indien bekend.....

Binnen de afgelopen 12 maanden	<input type="checkbox"/>
Binnen de afgelopen 2 maanden	<input type="checkbox"/>
Meer dan 2 jaar geleden	<input type="checkbox"/>
Meer dan 4 jaar geleden	<input type="checkbox"/>
Nooit	<input type="checkbox"/>

Alleen kantoor gebruik

Datum ingevoerd ____ / ____ / ____

Naam



Wij hebben uw toestemming nodig om persoonlijke informatie over u te verzamelen. Lees deze informatie aandachtig door en teken hieronder waar aangegeven.

Romsey Medical & Lancefield Medical Centers verzamelen informatie van u met als voornaamste doel het leveren van hoogwaardige gezondheidszorg. Wij vereisen dat u ons uw persoonlijke gegevens en een volledige medische geschiedenis verstrekt, zodat we uw gezondheidszorgbehoeften naar behoren kunnen beoordelen, diagnosticeren, behandelen en proactief kunnen optreden. Dit betekent dat wij de door u verstrekte gegevens op de volgende manieren gebruiken:

- Administratieve doeleinden bij het runnen van onze medische praktijk.
- Factureringsdoeleinden, inclusief naleving van de vereisten van Medicare Australia.
- Openbaarmaking aan anderen die betrokken zijn bij uw gezondheidszorg, inclusief behandelende artsen en specialisten daarbuiten medische praktijk. Dit kan gebeuren via verwijzing t- o andere artsen, of voor medische tests en in de rapporten of resultaten die naar ons worden teruggestuurd na de verwijzing.
- Om contact met u of uw gezin op te nemen met het oog op terugroepacties en herinneringen

Patiëntgegevens mogen niet aan derden worden verstrekt zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt.

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen en begrijp de redenen waarom mijn gegevens worden verzameld.

Ik begrijp dat ik niet verplicht ben om de gevraagde informatie te verstrekken, maar dat het nalaten hiervan de kwaliteit van de gezondheidszorg en behandeling die mij wordt gegeven in gevaar kan brengen.

Ik ben me bewust van mijn recht op toegang tot de over mij verzamelde informatie, behalve in bepaalde omstandigheden waarin toegang legitiem kan worden geweigerd. Ik begrijp dat ik in deze omstandigheden uitleg zal krijgen.

Ik begrijp dat als mijn gegevens voor een ander doel dan hierboven uiteengezet worden gebruikt, mijn verdere toestemming zal worden verkregen.

Ik ga akkoord met de verwerking van mijn gegevens door deze praktijk voor de hierboven uiteengezette doeleinden.

Ondertekend _____

Datum _____

Naam: _____