

Inschrijfformulier



Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Dit formulier zorgvuldig in te vullen en in te leveren bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.
- Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek.

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk.

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

Persoonsgegevens

Achternaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	Geslacht
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving	
<i>Praktijkmedewerker: voer identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)</i>	

Adresgegevens

Straat	Plaats
Postcode	
Telefoonnummer	
Mob. nummer	
Emailadres	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar
Polisnummer
BurgerServiceNummer

Gegevens vorige huisarts

Naam
Adres

Gegevens vorige apotheek

Naam
Adres



Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek

Datum

Handtekening

Gegevens nieuwe apotheek

Naam

Adres

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

*Geneesmiddel en/of hulpstof
Allergieën/ overgevoeligheden*

Bijwerking

Andere

Gebruikt u medicijnen?

Naam geneesmiddel

Hoeveel mg

Gebruik per dag of week

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/voedingssupplementen? Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?



Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?

Bij u zelf

In uw familie

Suikerziekte
Hart/ vaatziekten
Hoge bloeddruk
Hoog cholesterol
Beroerte (CVA/TIA)
Hartproblemen
Vaatproblemen (etalagebenen)
Nierziekte
Astma of COPD
Eczeem, hooikoorts, allergie
Maag/darmziekte
Darmkanker
Borstkanker
Andere vorm van kanker
Epilepsie

Andere ziekten die van belang kunnen zijn

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor?

Naam erfelijke ziekte/aandoening

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

Standaard kindervaccinaties

Reizigersvaccinaties

Zo ja, welke:

Extra vaccinatie (bijvoorbeeld hepatitis B)

Zo ja, welke:

Griepvaccinatie



Bent u onder behandeling van een specialist?

<i>Naam van de specialist</i>	<i>Naam van ziekenhuis</i>
-------------------------------	----------------------------

Bent u wel eens geopereerd?

<i>Waarom geopereerd?</i>	<i>Wanneer geopereerd?</i>
---------------------------	----------------------------

Heeft u ooit een ernstig voorval gehad?

Wanneer?

Wat voor?

Eventuele blijvende gevolgen?

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

Leefstijl

Gewicht
Lengte
Rookt u?

<i>Wat rookt u?</i>	<i>Hoeveel per dag/week?</i>
---------------------	------------------------------

Gebruikt u alcohol?

<i>Wat drinkt u?</i>	<i>Hoeveel per dag/week?</i>
----------------------	------------------------------



Gebruikt u drugs?

Welke drugs gebruikt u?

Hoeveel per dag/week?

Naar waarheid ingevuld

Datum

Naam

Handtekening

Indien inschrijvingen bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar moet minimaal 1 ouder tekenen en kind voor akkoord.

Toestemmingsformulier



Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

JA

Ik geef wel toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Sckakelpunt (LSP)'

NEE

Ik geef GEEN toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Sckakelpunt (LSP)'

Gegevens huisarts of apotheek

Naam
Adres
Postcode & plaats

Persoonlijke informatie

Achternaam
Voorletters
Roepnaam
Geboortedatum
Handtekening
Datum

Geslacht

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd en het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.

Achternaam
Voorletters
Geboortedatum
Handtekening

Geslacht

Achternaam
Voorletters
Geboortedatum
Handtekening

Geslacht



Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
Datum

Checks door de praktijk

Datum

Handtekening

<i>Dossier ingevoerd in HIS</i>
<i>patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt</i>
<i>Actueel Medicatie Overzicht opgevraagd bij vorige apotheek</i>
<i>Actueel medicatie overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier denk ook aan de allergieën en contra indicaties</i>
<i>Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t.</i>
<i>Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t.</i>
<i>COV</i>
<i>ION</i>
<i>Verificatie door huisarts</i>
<i>Toestemming LSP verwerkt</i>