



Inschrijfformulier

Vul dit formulier zorgvuldig in en lever het in bij de praktijk. Graag een geldig identiteitsbewijs en het ingevulde toestemmingsformulier Landelijk Schakelpunt (LSP)(www.ikgeeftoestemming.nl) meenemen.

Informatie over de praktijk vindt u op onze website: www.huisartsenpraktijkvanatotz.nl.

Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:		Roepnaam:	
Geboortedatum:		Geslacht:	M / V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een andere ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?	Ja / Nee		Ja / Nee / Niet bekend
<i>Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID</i>			
Identificatiesoort:		Identificatienummer:	
	Datum:	Medewerker code:	

Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:		Mobiel nummer:	
Emailadres:			
Samenwonend met (indien van toepassing)			

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:		UZOVI nr. : (indien bekend)	
Burger Service Nummer:		Polisnummer:	

Keuze apotheek

Huisarts	Huisartsenpraktijk van A tot Z : Dokter Asrian en Dokter Zilverschoon LET OP: is uw huidige huisarts gevestigd in Terneuzen dan dient u deze eerst te contacteren.
Apotheek	<input type="radio"/> Zuidpolder <input type="radio"/> Epicurus

Gegevens vorige huisarts/apotheek

Naam huisarts:	
Adres en plaats:	

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Naam apotheek:	
Adres en plaats:	

Toestemming

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.

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. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.

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

Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.

Als u zich inschrijft bij Huisartsenpraktijk van A tot Z, dan geeft u hierbij ook toestemming dat wij uw medische gegevens delen met de huisartsenpost.

Datum:

Handtekening:

Indien jonger dan 16 jaar, graag een handtekening van beide ouders!

Handtekening _____ Handtekening _____
Naam ouder 1 _____ Naam ouder 2 _____

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel/hulpstof/anders Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

Geneesmiddel/hulpstof/anders	Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

Gebruikt u medicijnen?

nee ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

Naam geneesmiddel

Hoeveel mg / ml (sterkte)

Gebruik per dag of per week

Naam geneesmiddel	Hoeveel mg / ml (sterkte)	Gebruik per dag of per week

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?

Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

nee ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

--

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

	Bij u zelf	in uw familie
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

Andere ziekten die van belang kunnen zijn

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam erfelijke ziekte/aandoening

--

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

Standaard kindervaccinaties	ja / nee	Griepvaccinatie	ja / nee
Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B)	ja / nee	Reizigersvaccinaties	ja / nee
Zo ja welke:		Zo ja welke:	

Bent u onder behandeling van een specialist?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam van specialist

Naam van ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarvan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat voor ongeval? Eventueel blijvende gevolgen?

--

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

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

Leefstijl

Wat is uw gewicht en lengte:

..... kg cm

Rookt u?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat rookt u? Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u alcohol?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat drinkt u? Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u drugs?

nee ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welke drugs gebruikt u? Hoeveel per dag/week?

--	--

Checks in te vullen door de praktijk	Datum	Paraaf
NAW gegevens checken		
Op naam ingeschreven		
ION aanmelden		
LSP invoeren		
WID check met ID/paspoort/rbw		
MGN aanmelden		
MGN bericht sturen voor kennismaking		
Patiënt in oproepsysteem: DM/cvrm/astma/copd		
Ruiters toegevoegd dossier		
Patiënt van buiten regio: dossier binnenhalen		
Patiënt van buiten regio: op TC lijst arts 'nieuwe patiënt'		
Inschrijfformulier inscannen		

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

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 Schakelpunt (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 Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum: Datum: Handtekening:

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 én 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: Voornaam: M V

Geboortedatum: Handtekening kind: JA NEE

Achternaam: Voornaam: M V

Geboortedatum: Handtekening kind: JA NEE

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

Handtekening ouder of voogd: datum:

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.