

Inschrijfformulier

Vul dit formulier zorgvuldig in en lever het in bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.

Persoonsgegevens

Achternaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Geslacht: M V

Burgerlijke staat:

Beroep:

Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Ja Nee

Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? Ja Nee Niet bekend

Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)

Adresgegevens

Straat:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

Emailadres:

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:

UZOV1 nr. : (indien bekend)

Burger Service Nummer:

Polisnummer:

Gegevens vorige huisarts

Naam:

Adres en plaats:

Gegevens vorige apotheek

Naam:

Adres en plaats:

Gegevens nieuwe apotheek

Naam:

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.

Datum:

Handtekening(en):



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

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

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

Andere ziekten die van belang kunnen zijn

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

Naam erfelijke ziekte/aandoening

Nee Ja (Vul hieronder de relevante gegevens in)

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)
Waarom geopereerd?		Wanneer geopereerd?

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
Identiteitscontrole uitgevoerd adhv geldig legitimatiebewijs			
Dossier ingevoerd in HIS			
Patiënt ingevoerd als:		Passant Vaste patiënt	
Medicatie Overzicht (BMG) opgevraagd bij vorige apotheek (niet verplicht = risico inschatting)	Ja	Nee	Niet van toepassing
Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties)			
Kennismakingsgesprek gepland HA:	Ja	Nee	Niet van toepassing
Ruiters toegevoegd dossier:	Ja	Nee	Niet van toepassing
COV			
ION			
Verificatie door huisarts			
Toestemming LSP verwerkt			

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

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: _____

Voorletters: _____

M V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

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.