

Inschrijfformulier nieuwe patiënt (volledig invullen a.u.b.)

Bij welke huisarts wilt u zich inschrijven:

- | | | | | | |
|--|--------------|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts Flower | FL | <input type="checkbox"/> Huisarts Van Dellen | DC | <input type="checkbox"/> Huisarts Jongmans | JJ |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Sluijmers/Liem | UI/LM | <input type="checkbox"/> Huisarts Koster | KF | <input type="checkbox"/> Huisarts Bosman | ZN |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Rommens | OM | <input type="checkbox"/> Huisarts Mulling | MU | <input type="checkbox"/> Huisarts Eikelaar | EI |

Dikgedrukte code voor overdragen dossier per Medicom.

Bij welke apotheek haalt u de door de huisarts voorgeschreven medicatie op:

- Service Apotheek Duiven, Burgemeester van Dorth tot Medlerstraat 3, 6921 AS Duiven.
- Apotheek de Linde, Eltensestraat 1, 6922 JA Duiven.

Voor inschrijving vragen wij uw paspoort, rijbewijs of ID kaart mee te nemen.

In te vullen door de assistente:

Soort ID bewijs (paspoort, rijbewijs, ID kaart)	
Documentnummer ID bewijs	
Gecontroleerd, paraaf assistente	

Om uw medische gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen hebben wij onderstaande gegevens nodig, voorzien van uw handtekening. Hiermee geeft u toestemming.

Zonder uw toestemming/handtekening mogen en kunnen wij geen gegevens opvragen.

Naam huidige/vorige huisarts _____

Woonplaats huidige/vorige huisarts: _____

Naam : _____

Datum : _____ Handtekening:

Algemene gegevens

Naam : _____

Voorletters : _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum : _____ Tweeling: ja / nee

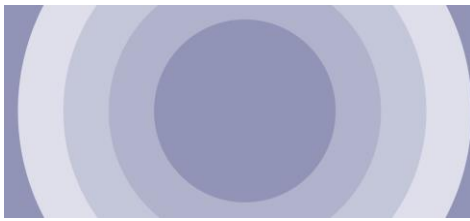
Burgerlijke staat : _____

Adres : _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer mobiel : _____ Telefoonnummer thuis: _____

E-mail adres : _____



Verzekeringsgegevens

Naam verzekering: _____

Polisnummer : _____

BSN nummer : _____

Wie kan de huisarts benaderen in geval van nood?

Naam : _____ Telefoonnummer _____

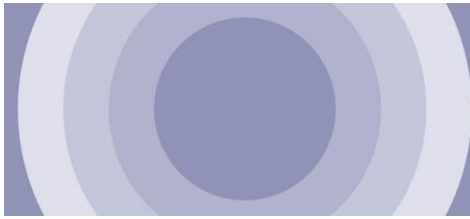
Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst zo compleet mogelijk in te vullen. Het is voor de huisarts van belang om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van uw gegevens. De door u ingevulde gegevens worden in uw dossier verwerkt.

Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien u voor één of meerdere ziektebeelden onder behandeling bent (of bent geweest) bij uw huisarts, praktijkondersteuner (verpleegkundige) en/of specialist.

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Longziekten: emfyseem/chronische bronchitis / longontsteking	<input type="checkbox"/>
Allergische aandoeningen: hooikoorts/ eczeem/ astma	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten/ hoog cholesterol	<input type="checkbox"/>
Maagzweer/ galstenen/ geelzucht/ andere lever/darmziekten	<input type="checkbox"/>
Nierziekten/ nierstenen/ blaasziekten	<input type="checkbox"/>
Struma/ schildklierafwijking	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede	<input type="checkbox"/>
Depressie/ overspannen/ angsten	<input type="checkbox"/>
Andere nl:	<input type="checkbox"/>

Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien één of meerdere ziektebeelden binnen uw familie voorkom(t)en.
(vader/moeder/broer/zus)

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten	<input type="checkbox"/>
Beroerte of hersenbloeding	<input type="checkbox"/>
Astma, chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>
Eczeem, hooikoorts	<input type="checkbox"/>
Nierziekten	<input type="checkbox"/>
Psychische ziekten	<input type="checkbox"/>
Kanker, welk vorm	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>



Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

0 Nee

0 Ja, voor _____

Medicatie gebruik

Indien u een medicatieoverzicht of een medisch paspoort in u bezit heeft, wilt u hiervan een kopie bijvoegen.

1	Naam medicatie	Sterkte	Dosering
2			
3			
4			
5			
6			

Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een bepaald medicijn?

0 Nee

0 Ja, namelijk _____

Heeft u het afgelopen jaar de griepvaccinatie gehad? Ja/nee

Wilt u iets vermelden wat niet in de vragenlijst voorkomt, maar wat u wel van belang vindt om aan uw nieuwe huisarts te vermelden:



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 '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: _____

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: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA

NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

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.