

Pastoor Versterplein 11b  
4587 CW Kloosterzande

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

**Persoonsgegevens**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | | | | |
| Voorletters: |  | Roepnaam: | |  | |
| Geboortedatum: |  | | Geslacht: | | M / V |
| 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? | | | Ja / Nee 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: | UZOVI  (indien bekend):  Polisnummer: |  |  |
| Burger Service Nummer: |  |  |  |
| Paspoort/ID kaart | Documentnummer: |  |  |

**Reden van inschrijven**

|  |
| --- |
|  |

**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 en dit formulier ondertekenen. 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)

(van beide ouders/voogd en kind)

**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**

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?**

○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*

|  |
| --- |
|  |

**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

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

*Waaraan 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?***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Toestemming voor het delen van informatie met andere zorgverleners:**

Ik vraag u vriendelijk om tot slot ook dit formulier nog in te vullen ten behoeve van uw medische dossier.

Met dit laatste formulier wordt namelijk uw expliciete toestemming gevraagd om wel of niet uw medische

dossier open te stellen voor inzage in noodgevallen door een ziekenhuis, apotheker of huisartsenpost. Sinds

september 2013 is het Elektronische SchakelPunt (LSP) in gebruik genomen. Op advies van overheid en

betrokken partijen, zijn ook onze medische dossiers elektronisch bereikbaar gemaakt voor het beveiligd

raadplegen op afstand door derden. Al onze medische dossiers staan op ‘slot’ tenzij u hier schriftelijk

toestemming voor heeft gegeven. Meer informatie over het LSP kunt u terugvinden op: www.vzvz.nl.

Als u toestemming heeft gegeven zijn alleen de volgende gegevens in te zien door een noodhulpverlener: uw

naam, adres, geboortedatum, leeftijd, geslacht, uw medicatie, uw voorgeschiedenis, eventuele bekende

allergieën en een overzicht van de laatste vier maanden of anders de laatste vijf contacten.

Hierbij verklaar ik,

Voornaam:…………………………………………… Achternaam: ………………………………………………………………….о M о V

Geboortedatum: ..................................... Geboorteplaats: ………………………………………………………………………..

Invuldatum: ……………………………….………… Handtekening: ..…………………………………………………………………………

**□ JA,** ik geef wel toestemming aan mijn huisarts om in noodgevallen mijn medische gegevens te laten

raadplegen door noodhulpverleners (zoals bijv. een ziekenhuis, apotheker of huisartsenpost).

□ NEE, ik geef geen toestemming aan mijn huisarts om in noodgevallen mijn medische gegevens te laten

raadplegen door noodhulpverleners (zoals bijv. ziekenhuis, apotheker of huisartsenpost).

**ALS U MINDERJARIGE KINDEREN HEEFT, MOET U VOOR HEN APART TOESTEMMING GEVEN:**

• Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder of voogd toestemming.

• Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder of voogd als ook het kind toestemming moet

geven. Hiervoor kan het kind een paraaf achter zijn of haar naam zetten.

• Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming op een eigen formulier.

Dit zijn de gegevens van mijn kinderen: Paraaf (vanaf 12 jaar)

1e kind: Voor- en achternaam: ……………………………………….……………………………….……… о M о V ………………

□ JA □ NEE Geboortedatum: ……………………………………………………………………….………………….

2e kind: Voor- en achternaam: ……………………………………….………………………………………. о M о V ………………

□ JA □ NEE Geboortedatum: ……………………………………………………………………….…………………..

3e kind: Voor- en achternaam: ……………………………………….…………………………………..….. о M о V ………………

□ JA □ NEE Geboortedatum: ……………………………………………………………………….………………….

4e kind: Voor- en achternaam: ……………………………………….………………………………………. о M о V ………………

□ JA □ NEE Geboortedatum: ……………………………………………………………………….……………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks in te vullen door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| Identiteitscontrole uitgevoerd adhv gegevens van een 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 (n.v.t.) |  |  |
| Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties) |  |  |
| Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| COV |  |  |
| ION |  |  |
| Verificatie door huisarts |  |  |
| Toestemming LSP verwerkt |  |  |