

INSCHRIJFFORMULIER

Geachte heer, mevrouw,

Hartelijk welkom in onze praktijk. Met het ondertekenen van dit formulier gaat u – tot wederopzegging – akkoord met inschrijving bij ons in de praktijk en onze praktijkvoorwaarden (zie website). Tevens geeft u hier mee toestemming voor het opvragen van uw medische dossier bij uw vorige huisarts. U kunt altijd weer van huisartsenpraktijk veranderen. Tot die tijd bewaren en beheren wij uw medische gegevens netjes en zorgvuldig. In verband met de wet *Wbsn-z 2008* kunnen alleen de **3 volledig ingevulde onderstaande formulieren** samen met **een kopie van uw identiteitsbewijs** worden geaccepteerd. Het invullen duurt ongeveer 10 a 15 min. Dit komt de medische zorg ten goede. Op uw inschrijving rust het medisch beroepsgeheim.

Alvast dank voor uw belangstelling en vertrouwen,
met vriendelijke groet, medewerkers Huisartsenpraktijk De Vlecke

Hierbij schrijf ik mij in bij **Huisartsenpraktijk De Vlecke** en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

Voornaam: o **M** o **V** Voorletters:
Achternaam: Geboortedatum:
Adres: Postcode:
Woonplaats: Vaste telefoon:
Mobiele telefoon: E-mail:
BSN (=sofinummer) : Paspoort of rijbewijsnummer:

Naam Zorgverzekeraar: **Polisnummer:**.....

Gezinssituatie:

Ik ben o alleenwonend o samenwonend.

Ik ben o getrouwd o gescheiden o weduwe/weduwnaar.

Ik heb o wel o geen kinderen: thuiswonende kinderen en uitwonende kinderen (aantal).

Werk/studie:

Ik o studeer o mijn beroep is : Stad:

Ik ben met pensioen en ik was werkzaam als: tot(jaartal).

Ik ben arbeidsongeschikt sinds: (jaartal) ten gevolge van:

Naam vorige huisarts: **Vestigingsplaats:**.....

Adres: **Telefoon:**

Naam vorige apotheek: **Vestigingsplaats:**

Nieuwe apotheek:

Reden van inschrijving: o verhuizing / afstand o probleem / geschil met vorige huisarts

Datum: Handtekening :

MEDISCH DOSSIER (altijd invullen)**Datum:**.....**Naam:** dhr mw **Geboortedatum:****Contactpersoon** bij ernstige calamiteiten: **tel.:**

IK BEN BEKEND MET / HEB:	TOELICHTING:	SINDS JAAR
<input type="radio"/> suikerziekte	<input type="radio"/> met pillen <input type="radio"/> met insuline <input type="radio"/> geen medicatie	.....
<input type="radio"/> longziekte	<input type="radio"/> emfyseem <input type="radio"/> astma <input type="radio"/> COPD <input type="radio"/> longembolie <input type="radio"/> ooit TBC	.....
<input type="radio"/> hoge bloeddruk		.....
<input type="radio"/> hartaandoeningen	<input type="radio"/> hartinfarct <input type="radio"/> klepprobleem <input type="radio"/> ritmestoornis <input type="radio"/> hartfalen	.....
<input type="radio"/> gewrichtsklachten	<input type="radio"/> reuma <input type="radio"/> fibromyalgie <input type="radio"/> artrose	.....
<input type="radio"/> schildklierziekten		.....
<input type="radio"/> nieraandoeningen		.....
<input type="radio"/> beroerte	<input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> CVA	.....
<input type="radio"/> hooikoorts		.....
<input type="radio"/> kanker		.....
<input type="radio"/> psychiatrisch verleden namelijk:		.....
<input type="radio"/> anders nl.		.....

Uitgevoerde OPERATIES:

1.
2.
3.

ALLERGIËN: medicijnen antibiotica bruine pleisters jodium voedingsmiddelen overige namelijk.....

OVERIGE GEGEVENS EN OVERIGE RISICOFACTOREN: **lengte** (cm) **gewicht** (kg)

Heeft u een **verhoogd cholesterol** gehalte? NEE JA, sinds(jaar)

Rookt u? NEE JA, namelijkaantal sigaretten/dag

Heeft u **ooit gerookt?** NEE JA, ik heb gerookt tot(jaar)

Gebruikt(e) u ooit **drugs?** NEE JA, namelijk

Drinkt u **alcohol?** NEE JA, namelijk aantal glazen/dag

Heeft u een **speciale / gevaarlijke hobby?** NEE JA, namelijk

Werkt(e) u **ooit met gevaarlijke stoffen?** NEE JA, namelijk asbest anders

Doet u aan **sportbeoefening?** NEE JA, namelijk

Kreeg u jaarlijks een **griepvaccinatie** bij uw vorige huisarts? NEE JA, in verband met

Bent u **als kind volledig gevaccineerd?** JA NEE, want

Wilt u **gereanimeerd** worden? JA NEE, want

Heeft u een **donorcodocil?** JA NEE

Geloof (bv. Jehova's Getuigen m.b.t. bloedtransfusies):

Gebruikt u (hormonale) **anticonceptie?** (voor vrouwen) pil spiraal implanon ring pleister

Heeft ooit een van de volgende onderzoeken bij u plaats gevonden? (alleen voor vrouwen)

0 uitstrijkje van de baarmoedermond in (jaar) uitslag:

0 röntgenfoto's van de borsten in (jaar) uitslag:

IK GEBRUIK DE VOLGENDE MEDICIJNEN: **sterkte in mg. dosering (bv. 1 x per dag)**

(voeg evt een recente medicatielijst toe)

1.
2.
3.
4.

LSP toestemmingsformulier m.b.t. het elektronisch uitwisselen van uw medische gegevens

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: o **M** o **V** Achternaam:
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)

1^e kind: Voor- en achternaam: o **M** o **V**

JA **NEE** Geboortedatum:

2^e kind: Voor- en achternaam: o **M** o **V**

JA **NEE** Geboortedatum:

3^e kind: Voor- en achternaam: o **M** o **V**

JA **NEE** Geboortedatum:

4^e kind: Voor- en achternaam: o **M** o **V**

JA **NEE** Geboortedatum:

Uitleg afronden van de inschrijving

Geachte patiënt,

Hartelijk dank voor uw moeite om deze 3 formulieren volledig in te vullen. Wij kunnen ons voorstellen dat dit even heeft geduurd.

U kunt de 3 formulieren samen met een kopie van een Nederlands **identiteitsbewijs** inleveren bij de doktersassistente. Na ontvangst van uw inschrijving nemen wij contact op met uw vorige huisarts en regelen wij de rest. U kunt vanaf nu direct gebruik maken van onze spreekuren. Als u eerst graag een kennismakingsgesprek wilt hebben, is dat geen probleem. U bent van harte welkom op het spreekuur.

Nogmaals dank voor uw inschrijving en wellicht tot snel,

Vriendelijke groeten, huisartsteam praktijk De Vlecke

Volledige inschrijving = inschrijfformulier + medisch nooddossier + LSP toestemmingsformulier en kopie identiteitsbewijs

Wij kunnen alleen uw inschrijving verwerken als bovenstaande formulieren volledig zijn ingevuld en u een kopie van een identiteitsbewijs heeft toegevoegd.