

In te vullen door assistente Inschrijfformulier aangenomen door:..... Op:-.....-.....
WID Rijbewijs / ID kaart / Paspoort Documentnummer:

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Geachte heer / mevrouw,

U heeft zich bij ons in de praktijk aangemeld als nieuwe patiënt. Wij willen u vragen om voor elk lid van de familie dit inschrijfformulier in te vullen. Wilt u ook het toestemmingsformulier invullen voor het beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Wilt u zelf uw huidige huisarts vragen om uw gegevens aan ons over te dragen?

Naam en voorletters:.....M / V
Voornaam:..... **Adres:**.....
Postcode:..... **Woonplaats:**.....
Telefoon thuis: 0529-..... **Mobiel:** 06-.....
Geboorteplaats:..... **Geboorteland:**.....
Geboortedatum:..... **BSN:**.....
Burgerlijke staat:
Email adres:.....
Zorgverzekeraar:..... **Polisnummer:**.....
Vorige huisarts:..... **Plaats:**.....

Indien het voor u akkoord is graag kopie identiteitsbewijs bijvoegen

Aantal bewoners op dit adres:
Indien u bent gaan samenwonen met iemand die al woonachtig is op dit adres, wilt u de naam en geboortedatum van deze persoon er dan bij vermelden?

Medicatiegebruik:

	Middel	dosering (mg)	x per dag
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?
 (zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)

.....

Naam:.....Geboortedatum:.....-.....-.....

Graag nog enkele algemene gegevens

Beroep:.....

Rookt u? Nee / Gestopt Hoelang heeft u gerookt?.....

Zo ja, hoeveel rookt u gemiddeld per dag?.....

Gebruikt u alcohol? Nee / Ja Zo ja, hoeveel consumpties gemiddeld per week?.....

Gebruikt u drugs? Nee / Zo ja, welke.....

Lengte:.....cm Gewicht:.....kg

Heeft u:	Ja/Nee	Zo ja, sinds:	Familiair: (ouder / broer of zus)
<input type="checkbox"/> Suikerziekte	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Hart / Vaatziekte	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Astma / Cara/ COPD	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Epilepsie	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Allergie/overgevoeligheid	Ja / Nee	Zo ja, voor welke stof?	Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Reuma	Ja / Nee		Ja / Nee
<input type="checkbox"/> Andere ziekte nl:	Ja / Nee		Ja / Nee

Bent u op dit moment onder controle van een specialist? Nee / Ja

Zo ja, bij wie

Reden.....

Overige opmerkingen:

.....

.....

Bijlages: → Toestemmingsformulier elektronisch uitwisselen van medische gegevens.

→ Uitschrijven vorige huisarts.

Datum:

Ondergetekende(n) geeft/geven hierbij aan zich uit te willen schrijven bij huisarts en/of apotheek

Naam vorige huisarts:..... Plaats:.....

Apotheek:..... Plaats:.....

Ondergetekende(n) verzoek(t)en bij deze het dossier over te dragen aan huisarts Berg / van de Brink

Het betreft:

HANDTEKENING

Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....
Naam:.....	Geboren op:.....-.....-.....

In te vullen door assistente!

Bovenstaande(n) hebben zich ingeschreven bij
Huisartspraktijken JR Berg / G van den Brink te Nieuwleusen

Wilt u de medische gegevens naar ons toe sturen?

- via FileTransfer
▶ AGB huisarts Berg: 01052754 ▶ AGB huisarts van den Brink: 01053015
- overzetten via Medicom: JR Berg: B0 (nul)
(cluster Zwolle) G. van den Brink: GD
- Graag apotheek omzetten naar apotheek Nieuwleusen, code N

TOESTEMMINGSFORMULIER BESCHIKBAAR STELLEN VAN JE MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP

Ja

Ik geef toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Ja! Ik wil grip op mijn zorg' is aangegeven.
(www.volgjezorg.nl/toestemming)

Nee

Ik geef geen toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Ja! Ik wil grip op mijn zorg' is aangegeven.

Wilt u dat uw gegevens zichtbaar zijn voor een waarnemer op de praktijk overdag èn bij een spoedeisende hulpvraag aan de huisartsenpost in Zwolle in de avond nacht en weekenddienst? (dringend advies is dit wel te doen)

Ja Nee

MIJN GEGEVENS

ACHTERNAAM: _____
VOORLETTERS: _____ M V
ADRES: _____
POSTCODE EN PLAATS: _____
GEBORTE DATUM: _____
E-MAIL: _____

TOESTEMMING REGELEN VOOR KINDEREN

→ Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

→ Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

→ Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Ja Nee VOOR-EN ACHTERNAAM: _____
GEBORTE DATUM: _____ M V

Ja Nee VOOR-EN ACHTERNAAM: _____
GEBORTE DATUM: _____ M V

Ja Nee VOOR-EN ACHTERNAAM: _____
GEBORTE DATUM: _____ M V

Ja Nee VOOR-EN ACHTERNAAM: _____
GEBORTE DATUM: _____ M V

JA, ik heb de folder, óf de informatie op de website volgjezorg.nl/toestemming gelezen

DATUM: ____ - ____ - ____

HANDTEKENING: _____