

Geachte heer, geachte 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 hiermee 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, vriendelijke groet, huisartsenpraktijk Eikesingel.

Hierbij schrijf ik mij in bij **Huisartsenpraktijk Eikesingel** 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:

Ik geef toestemming voor het ontvangen per e-mail van de gratis periodieke nieuwsbrief. Hiermee blijft u automatisch op de hoogte van onze openingstijden, vakanties en overige bijzonderheden in de praktijk.

U kunt zich altijd en op elk moment makkelijk weer af- of aanmelden via de website of onderaan elke nieuwsbrief.

Naam Zorgverzekeraar: **Polisnummer:**

Gezinssituatie: Ik ben alleenwonend samenwonend. Ik ben getrouwd gescheiden weduwe/weduwnaar.

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

Werk/studie: Ik studeer 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: Apotheek **Sûnenz** anders nl.

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

datum: handtekening :



NOODDOSSIER (a.u.b. altijd invullen) datum:

Naam: o dhr o mw geboortedatum:

Contactpersoon bij ernstige calamiteiten: tel.:

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

OPERATIES:

1.

2.

3.

ALLERGIËN: o medicijnen o antibiotica o bruine pleisters o jodium o voedingsmiddelen o overige stoffen, namelijk :

OVERIGE GEGEVENS EN OVERIGE RISICOFACTOREN:	lengte	(cm)	gewicht	(kg)
Heeft u een verhoogd cholesterol gehalte?	NEE	JA, sinds	.....	(jaar)
Roekt u?	NEE	JA, namelijk	.....	aantal 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	o asbest	o anders
Doet u aan sportbeoefening?	NEE	JA, namelijk	.....
Kreeg u jaarlijks een griep prik 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?** (alleen voor vrouwen) o pil o spiraal o implanon o ring o 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)
1.
2.
3.
4.
5.

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.vzvv.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 formulieren volledig in te vullen. Wij kunnen ons voorstellen dat dit even heeft geduurd.

U kunt de 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 of het e-mailconsult.

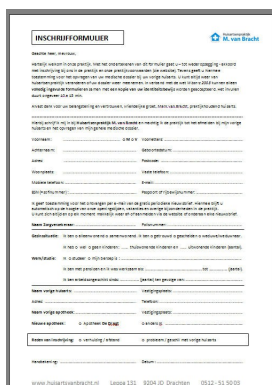
Wilt u graag eerst een kennismakingsgesprek met een van de dokters, dan is dat geen probleem. U bent van harte welkom op een van onze spreekuren.

Nogmaals dank voor uw inschrijving en wellicht tot snel,

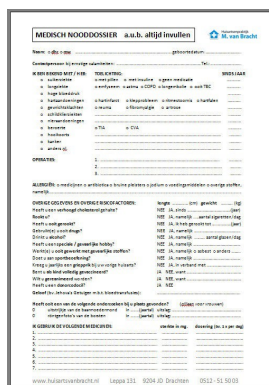
Vriendelijke groet, het huisartsteam van **Huisartsenpraktijk Eikesingel**.

een volledige inschrijving =

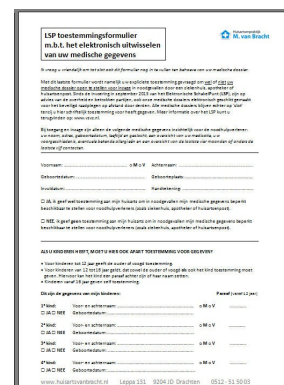
formulier 1



formulier 2



formulier 3



+ een
kopie identiteitsbewijs



(bv. paspoort, identiteitskaart of rijbewijs)