**Huisartsen Bleskensgraaf**

**Den Breejen en De Rover**

Burg. Dekkingstraat 3

2971 AC Bleskensgraaf

Tel: 0184-691453 Fax: 0184692248

Email: DA@huisartsenbleskensgraaf.nl

**Inschrijfformulier**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam:  |  |
| Voorletters:  |  |
| Roepnaam:  |  |
| Geboortedatum:  |  |
| Geslacht:  | M / V |
| Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID :o ja o neeDocumentnummer ID:  | Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een andere ouder? o ja o neeZo ja, is deze ouder/voogd ook akkoord met deze inschrijving? o ja o nee  |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straat: |  |
| Postcode en plaats: |  |
| Telefoonnummer:  |  |
| Mobiel nummer:  |  |
| Emailadres: |  |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar:  |  |
| Polisnummer: |  |
| BurgerServiceNummer:  |  |

**Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam: |  |  |
| Adres: |  |  |

**Gegevens vorige apotheek**

**Wilt u een *actueel medicatie overzicht* bij uw apotheek opvragen en dit samen met het inschrijfformulier inleveren?**

**Toestemming opvragen en verstrekken gegevens**

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. 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):

**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 en/of hulpstof Bijwerking Andere allergieën/overgevoeligheden*

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

 **Gebruikt u medicijnen?**

**○ nee
○ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)
*Naam geneesmiddel Hoeveel mg 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*

|  |
| --- |
|  |
|  |

 **Bent u onder behandeling van een specialist?**○ nee
○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist Naam van ziekenhuis*

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

**Bent u als kind gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?**

**o nee**

**o ja**

**Krijgt u een griepvaccinatie?**
○ nee
○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarom?*

|  |
| --- |
|  |

**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)

## *Wanneer gebeurde het ongeval ? Wat voor ongeval precies? 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)

|  |
| --- |
|  |
|  |

## Wenst u een kennismakingsgesprek met een van de huisartsen?( Dit wordt pas ingepland nadat wij uw dossier hebben ontvangen van uw vorige huisarts, dit kan enige tijd in beslag nemen. Wij nemen telefonisch contact met u op om de afspraak in te plannen)

o nee o ja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks door de praktijk (in te vullen door medewerkers)** | **Datum** | **Paraaf** |
|  |  |  |
| Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt |  |  |
| Inschrijfformulier gescand in dossier |  |  |
| ION |  |  |
| COV |  |  |
| AMO ingeleverd |  |  |
| Dossier elektronisch ingelezen |  |  |
| Medicatie, allergieën en contra indicaties opgenomen in medicatiedossier |  |  |
| Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Evt. papieren dossier gescand in dossier |  |  |
| Verificatie door huisarts |  |  |
| Toestemming LSP verwerkt |  |  |
|  |  |  |

**Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP**

|  |  |
| --- | --- |
|  **JA** |  **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. | Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. |

# 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:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **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:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

**Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Handtekening****ouder of voogd:** |  | **Datum:** |  |
|  |  |  |