**Huisartsen Bleskensgraaf**

**Den Breejen en De Rover**

Burg. Dekkingstraat 3

2971 AC Bleskensgraaf

Tel: 0184-691453 APP: 0184220001

DA @ huisartsenbleskensgraaf.nl

**Inschrijfformulier**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam:  |  |
| Voorletters:  |  |
| Roepnaam:  |  |
| Geboortedatum:  |  |
| Geslacht:  | M / V |
| Identiteitscontrole met geldig ID :o ja o nee | Indien kind nog geen 16 jaar: deelt u het gezag met een andere ouder? o ja o neeZo ja, is deze ouder/voogd ook akkoord met deze inschrijving? o ja o nee  |
| Documentnummer ID:  |  |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straat: |  |
| Postcode en plaats: |  |
| Telefoonnummer 1:  |  |
| Telefoonnummer 2:  |  |
| 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 zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen naast die van de apotheek?** Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

○ nee
○ ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

|  |
| --- |
|  |
|  |

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

*Waarom?*

|  |
| --- |
|  |

## ****Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn die mogelijk niet in uw dossier zijn vermeld?****○ nee○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

|  |
| --- |
|  |
|  |

## Wenst u hier een gesprek over met een van de huisartsen om dit verder toe te lichten? Wij nemen telefonisch contact met u op voor het maken van een afspraak zodra wij uw dossier ontvangen hebben. Dit kan enige tijd duren.

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:** |  |
|  |  |  |