**** **Inschrijfformulier**
Adres: Hoofdstraat 14, 7413 CV Gorssel
Telefoonnummer: 0575-491436

*Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u:*

* *Dit formulier zorgvuldig in te vullen en in te leveren bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.*
* *Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek.*

*Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. 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.*

*Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.***Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Voorletters:  |  |
| Roepnaam:  |  |
| Geboortedatum:  |  | Geslacht: M / V |
| Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder?Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? | Ja / NeeJa / Nee/Niet bekend |
| *Praktijkmedewerker: vraag om een geldig ID-bewijs (invullen bij checks)* |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straat: |  |
| Postcode: |  | Plaats: |
| Telefoonnr:  |  | Mobiel nummer: |
| Emailadres: |  |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  | UZOVI nr. :(indien bekend) |  |
| Burger Service Nummer: |  | Polisnummer: |  |

 **Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Adres en plaats: |  |

**Gegevens vorige apotheek**

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

 **Gegevens nieuwe apotheek**

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

**Toestemming voor het opvragen gegevens**

Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en apotheek:

Datum: Naam en handtekening:

**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/hulpstof/anders Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

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

**Gebruikt u medicijnen?**

○ nee ○ ja (vul hieronder de medicatie in die u gebruikt)

*Naam geneesmiddel Hoeveel mg / ml (sterkte) 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*

|  |
| --- |
|  |

**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

|  |  |
| --- | --- |
| Standaard kindervaccinaties ja / nee Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / neeZo ja welke: | Griepvaccinatie ja / neeReizigersvaccinaties ja / neeZo ja welke: |

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

*Naam specialist Naam ziekenhuis*

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

**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)

## *Wat voor ongeval? 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)

|  |
| --- |
|  |

## Leefstijl

## Wat is uw gewicht en lengte?

## ………. kg ………. cm

## Rookt u?○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Wat rookt u? Hoeveel per dag/week?*

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

## Gebruikt u alcohol?○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Wat drinkt u? Hoeveel per dag/week?*

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

## Gebruikt u drugs?○ nee ○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

## *Welke drugs gebruikt u? Hoeveel per dag/week?*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks in te vullen door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| Identiteitscontrole uitgevoerd (geldig legitimatiebewijs!) |  |  |
| Dossier ingevoerd in HIS |  |  |
| Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt |  |  |
| Medicatie Overzicht (BMG) opgevraagd bij vorige apotheek (niet verplicht = risico inschatting): ja / nee (n.v.t.) |  |  |
| Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier (denk ook aan de allergieën en contra indicaties) |  |  |
| Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| COV |  |  |
| ION |  |  |
| Verificatie door huisarts |  |  |
| Toestemming LSP verwerkt |  |  |

**Toestemmingsformulier**

**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?** | **o mijn huisarts****o mijn apotheek** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Postcode en plaats:** |  |
|  |  |

# Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

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

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

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

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