

Met het invullen en ondertekenen van dit formulier gaat u, tot wederopzegging, akkoord met inschrijving in onze praktijk. Tevens geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts. We bewaren en beheren uw medische gegevens zorgvuldig volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Oude gegevens

Naam vorige huisarts

Adres

Telefoonnummer vorige huisarts

Reden vertrek vorige huisarts

verhuizing

anders, namelijk

Hoofdbewoner

Achternaam

Meisjesnaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht

M

V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- / rijbewijs- / ID kaart nummer

geldig t/m

Burgerlijke staat

ongehuwd

gehuwd

hertrouwd

LAT relatie

geregistreerd partnerschap

gescheiden

weduwstaat

Gezinssituatie

alleenwonend

samenwonend

Heeft u kinderen?

ja nee

aantal thuiswonend aantal uitwonend

eventuele aanvullingen

Datum: Naam: Handtekening:

Wilt u dat er een levensbeschouwing wordt genoteerd? ja indien ja, welke
nee

Adresgegevens

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoon thuis

Telefoon mobiel

Bereikbaarheid overdag

E-mailadres

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Apotheek (nieuwe)

Van welke apotheek wilt u gebruik maken? Wierden
overige, namelijk

Werk

beroep

pensioen / VUT mijn werk was:

ik ben werkloos sinds mijn werk was:

ik ben arbeidsongeschikt sinds

reden arbeidsongeschiktheid

ik studeer naam studie:

ik werk thuis, huishouding/zorgtaken/overig

Contactpersoon bij calamiteiten

Naam:

Relatie:

Telefoonnummer:

Denkt u aan het invullen van de medische vragenlijst/nooddossier voor volwassenen (16 jaar en ouder) en het toestemmingsformulier LSP (zie bijlagen).

Datum: Naam: Handtekening:

Partner / volwassen medebewoner (indien van toepassing)

Achternaam

Meisjesnaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht M V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- /rijbewijs-/ID kaart nummer geldig t/m

Burgerlijke staat ongehuwd
gehuwd
hertrouwd
LAT relatie
geregistreerd partnerschap
gescheiden
weduwstaat

Heeft u kinderen? ja nee
 aantal thuiswonend aantal uitwonend
 eventuele aanvullingen

Wilt u dat er een levensbeschouwing ja indien ja, welke...
 wordt genoteerd? nee

Overige gegevens

Telefoon thuis

Telefoon mobiel

Bereikbaarheid overdag

E-mailadres

Datum: Naam: Handtekening:

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Werk

beroep

pensioen / VUT mijn werk was:

ik ben werkloos sinds mijn werk was:

ik ben arbeidsongeschikt sinds

reden arbeidsongeschiktheid

ik studeer naam studie:

ik werk thuis, huishouding/zorgtaken/overig

Contactpersoon bij calamiteiten

Naam:

Relatie:

Telefoonnummer:

Denkt u aan het invullen van de medische vragenlijst/nooddossier voor volwassenen (16 jaar en ouder) en het toestemmingsformulier LSP (zie bijlagen).

Kind(eren), tot en met de leeftijd van 15 jaar, indien van toepassing

Achternaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht M V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- /ID kaart nummer geldig t/m

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Datum: Naam: Handtekening:

MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR KINDEREN TOT EN MET DE LEEFTIJD VAN 15 JAAR

Is uw kind ergens overgevoelig (allergisch) voor?

Geneesmiddelen ja nee welke?

Andere stoffen ja nee welke?

Heeft uw kind ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

Ja, namelijk:

Nee

Heeft uw kind wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....

.....

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

Ja, namelijk:

Nee

(Eventueel) medicatiegebruik

.....

Aanvullingen

Gebruikt uw kind alcohol? ja nee weet niet welke?

Gebruikt uw kind drugs? ja nee weet niet welke?

Datum: Naam: Handtekening:

MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 JAAR EN OUDER)

Wij vragen u vriendelijk om onderstaande vragenlijst wilt invullen. Wilt u voor elk persoon een apart formulier invullen?

Achternaam

Geboortedatum

Bent u bekend met/heeft u:

Astma/COPD

Beroerte

Diabetes mellitus (suikerziekte)

Gewrichtsklachten

Hartaandoening

Hoge bloeddruk

Kanker, namelijk:

Nieraandoening, namelijk:

Psychiatrische aandoening, namelijk:

Schildklierziekte

Anders, namelijk:

tia

gebruik tabletten

reuma

hartinfarct

CVA

gebruik insuline

fibromyalgie

klepprobleem

geen medicatie

artrose

hartfalen

(Eventueel) medicatiegebruik

Naam

Sterkte (in mg of ml)

Dosering (bijv. 1x per dag 1)

Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....
.....

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

Ja, namelijk:

Nee

Datum: Naam: Handtekening:

Bent u overgevoelig (allergisch) voor bepaalde stoffen?

Jodium
Voedingsmiddelen welke?
Geneesmiddelen welke?
Andere stoffen welke?

Rookt u?

Nee
Voorheen, gestopt sinds
Ja, sinds

Drinkt u alcohol?

Nee
Ja, aantal glazen per week

Gebruikt u drugs?

Nee
Ja welke? hoe vaak?

Hebt u in uw leven ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, die uw huisarts moet weten?

Nee
Ja

Zijn er overige zaken die u belangrijk vindt om door te geven?

Nee
Ja, namelijk

Met dit formulier wordt uw toestemming gevraagd om wel of niet uw medische dossier open te stellen voor inzage, als dat nodig is voor uw behandeling door de huisartsenpost, apotheek of specialist. Sinds september 2013 is het elektronische Landelijk Schakelpunt (LSP) in gebruik genomen. Op advies van de overheid en betrokken partijen, zijn ook onze medische dossiers elektronisch bereikbaar gemaakt voor het beveiligd raadplegen op afstand door genoemde zorgverleners. Alleen als u toestemming heeft gegeven is uw dossier in te zien door de zorgverlener.

Voor meer informatie zie website www.vzvez.nl

JA

Ik geef toestemming aan dokter Vloedveld om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvez.nl

NEE

Ik geef geen toestemming aan dokter Vloedveld om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvez.nl

Heeft u kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming, hiervoor een extra "Toestemmingsformulier LSP" gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

Gegevens van mijn kinderen

Toestemming

ja	nee	Voor- en achternaam	M	V
		Geboortedatum		
ja	nee	Voor- en achternaam	M	V
		Geboortedatum		
ja	nee	Voor- en achternaam	M	V
		Geboortedatum		
ja	nee	Voor- en achternaam	M	V
		Geboortedatum		

Datum: Naam: Handtekening:

UITLEG AFRONDEN VAN DE INSCHRIJVING(EN)

Hartelijk dank voor het invullen van de formulieren. Wilt u controleren of er onderaan elke pagina de datum, uw naam en uw handtekening is geplaatst?

Alle gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Wij zullen daar dus zorgvuldig mee omgaan. Zou u de formulieren in een gesloten enveloppe willen inleveren bij de assistente, willen opsturen naar de praktijk of mailen naar huisarts@praktijkmedzorg.nl?

Wij melden u aan bij ION (inschrijving op naam). Uw vorige huisarts krijgt hierdoor een melding dat u zich heeft aangemeld bij onze huisartsenpraktijk. De gegevens zullen digitaal via een veilige verbinding worden verstuurd.

We vinden het prettig dat u op een kennismakingsgesprek komt zodra al uw gegevens bij ons bekend zijn. Wilt u 2-3 weken na het inleveren van de formulieren contact opnemen met de assistente om een kennismakingsgesprek met de huisarts in te plannen?

De volledige inschrijving is compleet wanneer onderstaande documenten zijn ingevuld en ondertekend.

- inschrijfformulier (naam, adres etc.)
- medische vragenlijst
- toestemmingsformulier LSP