Huisartsenpraktijk Steenbergen/Smits

Adres: Jolinkweg 2, 7211 DM Eefde

Telefoonnummer: 0575 513955

**Inschrijfformulier**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: | M / V |
| Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID | ja / nee |

**Adresgegevens**

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

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

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

**Gegevens vorige huisarts**

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

**Gegevens vorige apotheek**Als u door verhuizing van apotheek verandert dient u deze wijziging zelf bij uw oude en nieuwe apotheek door te geven. Wij werken samen met apotheek Zutphen, de Lunette.

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

**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 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 het dossier aan ons door te sturen.

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. Wij kunnen dit anders niet opvragen.

Ook is het van belang dat uw wijziging van huisarts aangeeft bij alle ziekenhuizen en specialisten waar u onder behandeling bent, anders ontvangen wij geen berichten over uw gezondheid van hen.

* Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum: 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 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)

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

**De volgende vragen zijn ter inschatting van uw algemene gezondheid. Zij vervangen niet uw medisch dossier.**

**Komen de volgende ziekten bij uzelf 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  
○ Reizigersvaccinaties ja / nee

* Zo ja welke:
* Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee
* Zo ja welke:
* Griepvaccinatie ja / nee

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

*Naam van specialist Naam van 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)

## *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)

|  |
| --- |
|  |

## Leefstijl

## ****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 door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| Dossier ingevoerd in HIS |  |  |
| Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt |  |  |
| Actueel Medicatie Overzicht opgevraagd bij vorige apotheek |  |  |
| Actueel 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 |  |  |
| Aanmelding Ketenzorg |  |  |

**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?** | **🞏 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:** |  |
|  |  |  |