

INSCHRIJFFORMULIER

HUISARTSENPRAKTIJK VAN DE FLIERT WIERDEN

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).

Wilt u na het invullen van het inschrijfformulier, de medische vragenlijst en het toestemmingsformulier voor het uitwisselen van uw medische gegevens (LSP) controleren of er onderaan elke pagina de datum, uw naam en uw handtekening is geplaatst?

Oude gegevens

Naam vorige huisarts :

Straat en woonplaats:

Telefoonnummer vorige huisarts:

Reden vertrek vorige huisarts o verhuizing
o anders namelijk:

Hoofdbewoner

Achternaam

Meisjesnaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht M / V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN

Datum:

Naam:

Handtekening:



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

Burgerlijke staat

- ongehuwd
- gehuwd
- hertrouwd
- geregistreerd partnerschap
- gescheiden
- weduwstaat
- LAT-relatie

Gezinssituatie

- alleenwonend
- samenwonend

Kinderen ja/neethuiswonende kinderen en uitwonende kinderen (aantal)

Eventuele aanvullingen
(naam en geboortedatum partner indien hij/zij al ingeschreven staat als patiënt bij
huisartsenpraktijk Van de Fliert:)

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

Contactpersoon bij calamiteiten: naam:
relatie:
telefoonnummer:

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
 - geregistreerd partnerschap
 - gescheiden
 - weduwstaat
 - LAT-relatie

Kinderen ja/nee
.....thuiswonende kinderen en uitwonende kinderen (aantal)

Eventuele aanvullingen

Overige gegevens

Telefoon thuis

Telefoon mobiel

Bereikbaarheid overdag

E-mailadres

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Contactpersoon bij calamiteiten: naam:
relatie:
telefoonnummer:

Datum:

Naam:

Handtekening:



Formulier voor 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-/rijbewijs-/ID kaart nummer: geldig t/m / /

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

MEDISCHE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN TOT EN MET DE LEEFTIJD VAN 15 JAAR

Is u kind ergens overgevoelig (allergisch) voor?

geneesmiddelen nee / ja, namelijk,(naam geneesmiddel)
andere stoffen nee / ja, namelijk,(stofnaam)

Heeft uw kind ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

- Ja, namelijk...
- Nee

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

.....

Is uw kind momenteel onder behandeling van een specialist?

- Ja, nl.
- Nee

Gebruikt uw kind alcohol? JA / NEE / WEET NIET
Gebruikt uw kind drugs? JA / NEE / WEET NIET

Eventuele aanvullingen over uw kind:

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:

- Beroerte
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Gewrichtsklachten
- Hartaandoening hartfalen
- Hoge bloeddruk
- Kanker, nl.
- Nieraandoening, nl.
- Psychiatrische aandoening, nl.
- Schildklierziekte
- Anders, nl.:
- TIA
- gebruik tabletten
- reuma
- hartinfarct
- CVA
- gebruik insuline
- geen medicatie
- fibromyalgie
- arthrose
- klepprobleem
- ritmestoornis

(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, nl.
- Nee

Datum:

Naam:

Handtekening:

VERVOLG MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 jaar en ouder)

Achternaam

Geboortedatum

Bent u overgevoelig (allergisch) voor bepaalde stoffen?

- geneesmiddelen nee / ja, namelijk,(naam geneesmiddel)
voedingsmiddelen nee / ja, namelijk,(naam voedingsmiddel)
jodium nee / ja
latex nee / ja
andere stoffen nee / ja, namelijk,(stofnaam)

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, namelijk:.....

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

- Nee
- Ja, namelijk:

Datum:

Naam:

Handtekening:



TOESTEMMINGSFORMULIER LSP

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

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 overheid en betrokken partijen, zijn ook onze medische dossiers elektronisch bereikbaar gemaakt voor het beveiligd raadplegen op afstand door genoemde zorgverleners.

Alléén als u toestemming heeft gegeven is uw dossier in te zien door de zorgverlener.

Voor meer informatie zie website: www.vzvv.nl

o JA

Ik geef toestemming aan huisartsenpraktijk Van de Fliert om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvv.nl

o NEE

Ik geef geen toestemming aan huisartsenpraktijk Van de Fliert om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvv.nl

Mijn gegevens

Achternaam

Voornaam

Postcode en plaats

Geboortedatum

E-mailadres

Telefoonnummer

Datum

Handtekening

Datum:

Naam:

Handtekening:



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:

