

Inschrijfformulier

Inschrijven

In onze huisartsenpraktijk willen wij u graag optimale medische en farmaceutische zorg bieden. Daarvoor hebben wij een aantal gegevens nodig. U kunt telkens één persoon per formulier inschrijven, dus wilt u meerdere gezinsleden inschrijven, dan vragen wij u voor ieder van hen een apart formulier in te vullen. Om u zo goed mogelijk medische zorg te kunnen bieden, verzoeken wij u het inschrijfformulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Stelt u een kennismakingsgesprek met de huisarts op prijs, neem dan gerust contact op met onze praktijk. Onze assistente plant graag een afspraak voor u in.

Inschrijven kan ook telefonisch of op de praktijk.

Toestemming

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners is van groot belang om een goede behandeling te kunnen geven, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze gegevensuitwisseling vindt echter niet plaats zonder dat u daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. U kunt uw toestemming online regelen via www.volgjezorg.nl/toestemming of u kunt bij ons op de praktijk kenbaar maken dat u toestemming geeft.

Identificatie

Ontvangt u medische zorg, dan moet u zich kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of rijbewijs). Dit heet de identificatieplicht in de zorg. Als zorgverlener moeten wij kunnen aantonen dat aan de identificatieplicht is voldaan. Daarom leggen wij de soort en het nummer van uw identiteitsbewijs vast in de administratie. U kunt uzelf en uw gezinsleden via deze site alvast bij onze praktijk inschrijven. Daarnaast verzoeken wij u om binnenkort op de praktijk te komen om de identificatie vast te leggen. Neemt u in dat geval voor al uw gezinsleden een geldig legitimatiebewijs mee.

Voor kinderen tot 12 jaar kunnen ouders de identificatie regelen, heeft u kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar, dan verzoeken wij u samen te komen tijdens uw bezoek aan de praktijk. Kinderen van 16 jaar en ouder dienen zelf te komen om zich te identificeren.

Ik ben 16 jaar of ouder.*

Ja Nee

*Als u nog geen 16 jaar bent, verzoeken wij u persoonlijk contact op te nemen met onze praktijk

Inschrijven voor locatie

Helling Siddeburen

Zou u graag een kennismakingsgesprek willen? Dat kan, we verzoeken u dan -na het invullen en verzenden van dit formulier- telefonisch een afspraak te maken met de locatie van uw voorkeur.





Persoonsgegevens

Achternaam	
Voorletters	
Geboortedatum	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Adresgegevens

Straatnaam	
Huisnummer	
Toevoeging	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Emailadres	

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar	
Polisnummer	
BSN nummer	

Gegevens vorige huisarts (evt. huisarts op uw andere woonadres)

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Naam	
Adres	
Plaats	
Telefoonnummer	





Gegevens vorige apotheek (evt. apotheek op uw andere woonadres)

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medicatiegegevens bij mijn vorige apotheek:

Ja Nee

Naam	
Adres	
Plaats	
Telefoonnummer	

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?
Bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex

Nee Ja - Benoem het geneesmiddel en/of hulpstof plus de bijwerking(en)

Gebruikt u medicijnen?
U kunt ook een recent medicijnoverzicht van de Apotheek nasturen

Nee Ja - Benoem het geneesmiddel, de dosering en het gebruik per dag/week

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?
Zoals pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, St. Jans kruid

Nee Ja - Benoem het zelfzorgmiddel / alternatieve middel / voedingssupplement





Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?

Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?

Nee

Ja - Benoem het middel en het probleem

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?

Bijvoorbeeld weekdoos, Baxterzakjes

Nee

Ja - Benoem het middel en het systeem

Komen de volgende ziekten bij uzelf of in uw familie (bij personen jonger dan 60 jaar) voor?

Suikerziekte

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Hart/vaatziekten

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Hoge bloeddruk

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie





Hoog cholesterol

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Beroerte (CVA of TIA)

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Hartproblemen

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Vaatproblemen (etalagebenen)

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Nierziekte

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Astma of COPD

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie

Eczeem, hooikoorts, allergie

Nee

Ja

Bij uzelf of uw familie?

Bij u zelf In uw familie





Maag- darmziekte	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf <input type="checkbox"/> In uw familie	
Darmkanker	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf <input type="checkbox"/> In uw familie	
Borstkanker	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf <input type="checkbox"/> In uw familie	
Andere vorm van kanker	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf <input type="checkbox"/> In uw familie	
Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf <input type="checkbox"/> In uw familie	
Andere ziekten die van belang kunnen zijn	
<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij uzelf of uw familie?	
<input type="checkbox"/> Bij u zelf - Meer informatie	<input type="checkbox"/> In uw familie - Meer informatie





Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

Nee

Ja - Naam erfelijke ziekte/ aandoening

Krijgt u een griepvaccinatie?

Nee

Ja - Waarom?

Bent u onder behandeling van een specialist?

Nee

Ja - Benoem de naam van de specialist en het ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

Nee

Ja - Benoemt u waaraan en wanneer

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

Nee

Ja - Benoemt u het soort ongeval, het wanneer en eventuele blijvende gevolgen

Bent u zwanger of recent zwanger geweest?

Nee

Ja

Geeft u borstvoeding?

Nee

Ja

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

Nee

Ja - Meer informatie





Leefstijl

Rookt u?

Nee

Ja - Wat rookt u en hoeveel per dag/week

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja - Wat drinkt u en hoeveel per dag/week

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja - Welke drugs gebruikt u en hoeveel per dag/week

Onderstaande is een samenvatting van onze volledige privacy statement. Wij raden u aan kennis te nemen van de volledige privacy statement.

Volledige privacy statement. Wij nemen de privacy van onze patiënten en toekomstige patiënten zeer serieus en handelen daarbij in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving en de richtlijnen van de LHV en de KNMP. Wij gebruiken de patiëntgegevens alleen voor het verlenen van de gevraagde medische zorg en de administratieve en financiële afwikkeling daarvan. Daarvoor is het soms nodig dat bepaalde gegevens worden gedeeld met derden, zoals andere zorgverleners en zorgverzekeraars. De beveiliging van de patiëntgegevens is in overeenstemming met geldende normen (bijvoorbeeld NEN 7510 e.v. voor elektronische opslag en verzending van gegevens). U kunt altijd vragen om inzage, aanvulling, correctie en verwijdering dan wel afscherming van uw gegevens of om overdracht van uw gegevens aan een derde. In sommige gevallen kunnen wij uw gegevens niet verwijderen, vanwege een bewaarplicht of praktische onmogelijkheid. In dat geval wordt in overleg met u een passende oplossing gezocht. Indien u vragen of klachten heeft over de gegevensverwerking, kunt u zich wenden tot (de Functionaris voor de Gegevensbescherming) van onze praktijk via het aangegeven contactadres. Daarnaast heeft u altijd de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Geeft u toestemming voor uitwisseling van uw medische gegevens via het LSP (Landelijk Schakelpunt)?

Ja

Nee

Ik heb de privacy statement gelezen en begrepen en voor zover wettelijk vereist, geef ik toestemming voor het gebruik van mijn persoonsgegevens zoals beschreven in de privacy statement.

Ja

Nee

Einde formulier - Levert u het formulier in bij de locatie waar u zich in wilt schrijven. Bedankt!

