

## Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Garderen B.V.

Adres: Oud Milligenseweg 34, 3886ME Garderen

Telefoonnummer: 0577 408 050

### Inschrijfformulier

Vul dit formulier zorgvuldig in en leveren het in bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.

#### 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 / Nee Ja / Nee / Niet bekend	
<i>Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)</i>			

#### Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:		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 en plaats:	

## Gegevens nieuwe apotheek

Naam:	
Adres en plaats:	

## Toestemming

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 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 voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

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.

Datum:

Handtekening(en):

## 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 dat u gebruikt)

**Naam geneesmiddel**

**Hoeveel mg / ml (sterkte)**

**Gebruik per dag of per week**

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?**

	<b>Bij u zelf</b>	<b>in uw familie</b>
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/ vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
- vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> 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	Griepvaccinatie	ja / nee
Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B)	ja / nee	Reizigersvaccinaties	ja / nee
Zo ja welke:		Zo ja welke:	

**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)

*Waarvan 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 adhv 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



volg je zorg

**JA**

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

**NEE**

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek
Naam:	.....
Adres:	.....
Postcode en plaats:	.....

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

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

Handtekening ouder of voogd:	Datum:	.....
------------------------------	--------	-------

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.

Versie: mei 2021