

## INSCHRIJFFORMULIER

### Persoonsgegevens

Achternaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Geboorte plaats	
ID nummer	
Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID	ja / nee

### Adresgegevens

Adres:	
Telefoonnummer:	
Mobiel nummer:	
Emailadres:	
Beroep	

### Woonsituatie:

- Alleen
- Samenwonend
- Gehuwd
- Eén oudergezin
- Gezin

Indien u ouders bent gaan wij er vanuit dat u gezamenlijk het gezag voert over uw kind(eren) en dat u beide op de hoogte bent van bezoek aan onze praktijk en instemt met een behandeling van uw kind.

### Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
-----------------------	--

Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

**Gegevens vorige huisarts**

Naam:	
Straat en huisnr:	
Woonplaats	
Telefoonnummer:	
Contactpersoon bij noodgevallen :	
Telefoonnummer contactpersoon	

**Welke apotheek gaat u nemen in Aalsmeer :**

- Apotheek Groen
- Apotheek van de Mooren
- Anders .....

**Toestemming opvragen en verstrekken gegevens**

- Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts .

Datum:

Handtekening:

Wilt u zich aanmelden voor mijngezondheidnet, hierbij kunt u in uw dossier.  
Zie voor meer informatie [www.mijngezondheid.nl](http://www.mijngezondheid.nl).

- Ja
- Nee

## Medische gegevens

**Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**

*(Bijvoorbeeld antibiotica)*

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Geneesmiddel en/of hulpstof*

*Bijwerking*

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>

**Gebruikt u medicijnen?**

- nee
- ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

***Naam geneesmiddel***

***Hoeveel mg***

***Gebruik per dag of per week***

<b><i>Naam geneesmiddel</i></b>	<b><i>Hoeveel mg</i></b>	<b><i>Gebruik per dag of per week</i></b>

**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	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*


**Krijgt u een griepvaccinatie?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarom?*

--

**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)

*Waar aan 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**

**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?*

--	--

**Heeft u een wilsverklaring?**

- nee
- ja

<b>Checks door de praktijk</b>	<b>Datum</b>	<b>Paraaf</b>
Dossier ingevoerd in HIS		
Medicatie, allergieën en contra indicaties opgenomen in medicatiedossier		
COV		
ION		
Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		
Huisarts heeft dossier gelezen		
Ruiter arts aangemaakt		

**Graag het compleet ingevulde formulier met een kopie van uw legitimatiebewijs en verzekeringspasje inleveren of opsturen naar de praktijk.**

**Als u dossier van uw vorige huisarts binnen is kunt u eventueel een kennismakingsgesprek met de huisarts aanvragen.**

# 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

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

**Naam:** Huisartsenpraktijk Westeinder..

**Adres:** 1° JC Mensinglaan 27A.....

**Postcode en plaats:** 1431 RV Aalsmeer.....

## 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:** .....