# 

# INSCHRIJFFORMULIER

## Persoonsgegevens

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

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Mobiel nummer: |  |
| Emailadres: |  |
| Beroep |  |
| Contactpersoon bij noodgevallen : |  |
| Telefoonnummer contactpersoon: |  |

**Woonsituatie:**

* Alleen
* Samenwonend (naam en geb datum partner)
* 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 ID-nummer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  |
| Polisnummer: |  |
| ID nummer: |  |

**Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer: |  |

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

* Apotheek Groen
* Apotheek van de Mooren
* Anders ……………………………………………………………………..

**Toestemming opvragen en verstrekken gegevens**

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

Datum: Handtekening:

De praktijk maakt gebruik van MijnGezondheid.net.

MijnGezondheid.net is uw persoonlijke zorgdossier op internet en biedt u de mogelijkheid gezondheidszaken makkelijk en snel te regelen. U kan online afspraken maken, berichten versturen en u medische dossier inzien. De huisarts zal u digitaal informeren over verschillende zaken binnen de praktijk of over u dossier.

**Als u inlogt vragen wij alle vinkjes aan te zetten**, zodat u niks mist qua informatie.

U logt in met u Digid en kan op u mobiele telefoon de Medgemak app instaleren.

**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*

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

### 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)

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

### Komen de volgende ziekten bij u zelf 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 | * nee ○ ja | * nee ○ 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)

*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**

### 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| 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 |  |  |
| GV ruiter ingevuld |  |  |

**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?**  **Naam: Huisartsenpraktijk Westeinder Adres: 1e JC Mensinglaan 27A Postcode en plaats: 1431 RV Aalsmeer** | ** mijn huisarts** |

**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:**