

Inschrijfformulier

Persoonsgegevens

Achternaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID	ja / nee
Wilt u zich aanmelden voor onze app en site (o.a. afspraken maken, herhaalrecepten en e-consulten aanvragen)?	ja / nee

Adresgegevens

Straat:	
Postcode en plaats:	
Telefoonnummer:	
Mobiel nummer:	
Emailadres:	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	

Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

- Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum:

Handtekening:

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)

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>	<i>Andere allergieën/overgevoeligheden</i>

Gebruikt u medicijnen?

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

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

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	<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

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)

Waarvoor 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**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 door de praktijk	Datum	Paraaf
Dossier ingevoerd in HIS		
Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt		
Actueel Medicatie Overzicht opgevraagd bij vorige apotheek		
Actueel 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

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 of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

Naam: Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Heinenoord
Adres: Emmastraat 2B
Postcode en plaats: 3274AC Heinenoord

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:**