



## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Tijnje

### Inschrijven

In onze huisartsenpraktijk willen wij u graag optimale medische en farmaceutische zorg bieden. Daarvoor hebben wij een aantal gegevens nodig. Wij verzoeken u het inschrijfformulier zo volledig mogelijk in te vullen en **persoonlijk** langs te brengen bij ons op de praktijk. Indien u meerdere gezinsleden wilt inschrijven, dient u per persoon een inschrijfformulier in te vullen.

### 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. Wij verzoeken u daarom bij inlevering van het inschrijfformulier voor al uw gezinsleden een **geldig legitimatiebewijs** mee te nemen. 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.

### Persoonsgegevens

Achternaam: *	
Meisjesnaam:*	
Voorletters:*	
Roepnaam:	
Geboortedatum:*	
Geslacht:*	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

### Adresgegevens

Straatnaam: *	
Huisnummer:*	
Postcode:*	
Woonplaats:*	
Telefoonnummer:*	
Mobiel nummer:	
E-mailadres:*	

**Verzekeringsgegevens en BSN**

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer.*	

**Gegevens vorige huisarts (evt. huisarts op uw andere woonadres)***Voor toestemming uitwisseling medisch dossier: zie onderaan het formulier*

Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer	
E-mailadres:	

**Gegevens vorige apotheek (evt. apotheek op uw andere woonadres)***Voor toestemming uitwisseling medisch dossier: zie onderaan het formulier*

Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

**MEDISCHE GEGEVENS****Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?** (bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex)

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Geneesmiddel en/of hulpstof**Bijwerking*

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

**Gebruikt u medicijnen?** (u kunt ook een recent medicatieoverzicht van uw apotheek nasturen)

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam geneesmiddel**Hoeveel mg**Gebruik per dag of per week*

<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, zoals: pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)


**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)

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?


**Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?** (bijvoorbeeld weekdoos, baxterzakjes)

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)


**Krijgt u een griepvaccinatie?**

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarom?

--

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam van specialist

Naam van ziekenhuis


**Bent u wel eens geopereerd?**

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waaraan geopereerd?**Wanneer geopereerd?*


**Bent u zwanger?**

- nee  
 ja  
 n.v.t.

**Geeft u borstvoeding?**

- nee  
 ja  
 n.v.t.

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

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Welk onderwerp?*


**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?*




## 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 op dit formulier aangeven of u kunt dit online regelen via: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl).

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn/haar handtekening zetten. Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven.

### **Akkoord digitaal delen medische gegevens met andere zorgverleners via het Landelijk Schakelpunt\*:**

- 0 ja
- 0 nee
- 0 toestemming ouder/voogd indien van toepassing

*\* deze velden zijn verplicht om in te vullen*

### **Ondertekening**

Naam inschrijver

Naam ouder/voogd

*(alleen van toepassing indien inschrijver 15 of jonger)*

.....

.....

Handtekening inschrijver

*(alleen van toepassing indien inschrijver 12 jaar of ouder)*

Handtekening ouder/voogd

*(alleen van toepassing indien inschrijver 15 of jonger)*

.....

.....

---

*Voor een volledige inschrijving is het belangrijk dat wij zo spoedig mogelijk na de ontvangst van dit formulier het dossier van uw oude huisarts en apotheek ontvangen. Wilt u zelf contact opnemen met uw oude huisarts en apotheek zodat zij met uw toestemming het dossier naar ons kunnen verzenden?  
Hartelijk dank hiervoor.*

**Huisartsenpraktijk Tijnje**  
**Breewei 31**  
**8406 EB Tijnje**  
**0513 – 57 12 24**