

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-nummer

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

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

Bent u wel eens geopereerd?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waaraan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

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

Bent u onder behandeling van een specialist?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam specialisme/ziekenhuis

Waarvoor wordt u behandeld?

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

Bezoekt u het spreekuur van de praktijkondersteuner (POH)?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarvoor wordt u gecontroleerd door de praktijkondersteuner? (bijvoorbeeld suikerziekte, astma, COPD, bloeddruk, cholesterol)

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

Bent u zwanger?

0 nee

0 ja

0 n.v.t.

Geeft u borstvoeding?

0 nee

0 ja

0 n.v.t.

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

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welk onderwerp?

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

MEDICIJNGEBRUIK

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> |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

0 nee

0 ja

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?

| <i>Welk geneesmiddel geeft problemen?</i> | <i>Welk probleem heeft u?</i> |
|---|-------------------------------|
| | |
| | |

Krijgt u jaarlijks een griepvaccinatie?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarom?

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

LEEFSTIJL

Rookt u?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat rookt u?

Hoeveel per dag/week?

| <i>Wat rookt u?</i> | <i>Hoeveel per dag/week?</i> |
|---------------------|------------------------------|
| | |

Gebruikt u alcohol?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat drinkt u?

Hoeveel per dag/week?

| <i>Wat drinkt u?</i> | <i>Hoeveel per dag/week?</i> |
|----------------------|------------------------------|
| | |

Gebruikt u drugs?

0 nee

0 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welke drugs gebruikt u?

Hoeveel per dag/week?

| <i>Welke drugs gebruikt u?</i> | <i>Hoeveel per dag/week?</i> |
|--------------------------------|------------------------------|
| | |

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.

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
Brewei 31
8406 EB Tijnje
0513 – 57 12 24