

Initialen assistente:

Huisartsenpraktijk Leonardus – Inschrijfformulier



Wij heten u van harte welkom in onze praktijk! Door het invullen en ondertekenen van onderstaand formulier schrijft u zich (tot wederopzegging) in als patiënt in onze praktijk. Naast het inschrijfformulier ontvangen wij graag een kopie van uw identiteits- en van uw zorgverzekeringsbewijs.

Wilt u erop letten het gehele formulier in te vullen. Indien u meerdere gezinsleden inschrijft dient voor ieder gezinslid een apart formulier te worden ingevuld.

A. Algemene gegevens

Achternaam (+ evt meisjesnaam)			
Voorna(a)m(en)			
Voorletter(s)		Geslacht	
Geboortedatum		Geboorteplaats	
Straatnaam + huisnummer			
Postcode		Woonplaats	
Burgerlijke staat			
Burger Service Nummer (BSN)			
Nationaliteit / Achtergrond			
Telefoon (privé)		Telefoon (mobiel / werk)	
E-mail			
Zorgverzekeraar		Polisnummer	
Gewenste Apotheek			
Vorige huisarts		Te	
Reden inschrijving	O Verhuizing O Anders, namelijk:		
Inschrijven in bestaand woonverband? Zijn er reeds andere familieleden die op hetzelfde adres wonen ingeschreven in onze praktijk? Zo ja, dan graag hieronder één van deze familieleden vermelden, zodat wij u binnen hetzelfde woonverband in kunnen schrijven: Naam familielid: _____ Geboortedatum: _____			
Opt-in Landelijk Schakelpunt (LSP)		<i>Brochure versie maart 2018</i>	
O JA Ik geef wel toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.			
O Nee Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.			

In geval van nood waarschuwen

Indien u dit wenst kunnen wij in ons medisch dossier een contactpersoon registreren welke in geval van nood door ons kan worden geraadpleegd. Indien u dit op prijs stelt kunt u hieronder aangeven wie u als contactpersoon wenst te registreren.

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Relatie van contactpersoon tot u: _____

B. Medische voorgeschiedenis

Hebt u allergieën of zijn er medicijnen waar u niet goed tegen kunt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Zo ja: waarvoor?		
Hebt u problemen met uw gehoor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hebt u problemen met uw zicht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hebt u problemen met uw spraak?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hebt u problemen met lezen of schrijven?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor hart- en vaatziekten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor suikerziekte/diabetes?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor nierziekten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor longziekte(n) (bijv astma, COPD)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor ziekte(n) van het zenuwstelsel (bijv. epilepsie, beroerte, dementie)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt, of werd u behandeld voor een vorm van kanker?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Wordt of werd u behandeld voor psychische ziekte(n)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hebt u andere belangrijke ziektes of operaties in uw medische voorgeschiedenis?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hieronder is ruimte voor een korte toelichting op bovenstaande vragen en antwoorden		

Rookt u?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Werd u bij uw vorige huisarts begeleid door een praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Zo ja: voor welke aandoeningen? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="radio"/> Diabetes / suikerziekte <input type="radio"/> Hart- en vaatziekten / hoge bloeddruk <input type="radio"/> Astma / COPD <input type="radio"/> GGZ / psychische klachten
Hebt u een wilsbeschikking of euthanasieverklaring? Zo ja, dan ontvangen wij daarvan graag een kopie.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Indien u nog andere belangrijke (medische) zaken wenst te vermelden bij uw inschrijving, dan is hieronder ruimte voor:	

C. Inschrijving

Bij welke huisarts wenst u zich in te schrijven?	<input type="radio"/> dokter M.B. Godefrooij / M.J. Lau <input type="radio"/> dokter W.J. Heres / J. v Ekkendonk <input type="radio"/> dokter M. Huibers / M.J. Lau <input type="radio"/> dokter I.C.M. Mehagnoul-Buskens / J. Van Ekkendonk
Wenst u een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee

Hierbij verklaar ik bovenstaande gegevens naar waarheid ingevuld te hebben, en wens ik mij (tot wederopzegging) in te schrijven als patiënt bij Huisartsenpraktijk Leonardus. Tevens geef ik toestemming om deze inschrijving kenbaar te maken aan mijn vorige huisarts en om mijn voormalige medisch dossier over te laten dragen aan mijn nieuwe huisarts.

Kinderen van 12 tot 16 jaar: zowel wettelijk vertegenwoordiger als het kind zelf geven wel/niet toestemming LSP (zie blad 1) en ondertekenen beiden.

Kinderen vanaf 16 jaar: geven alleen zelf wel/niet toestemming LSP en ondertekenen alleen zelf.

Naam: _____ Bij kinderen tot 16 jaar:
Naam ouder/voogd: _____

Datum: _____ Datum: _____

Handtekening: _____ Handtekening ouder/voogd: _____

LET OP: U dient zich zelf eerst af te melden bij uw huidige huisarts, pas daarna kunnen wij u inschrijven!