

HUISARTSENPRAKTIJK de Meidoorn
Primulastraat 2A
6971 AZ BRUMMEN
0575-562224

INSCHRIJFFORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNT

Gaarne alle 3 de pagina's invullen en inleveren bij de huisartsenpraktijk. Brengt u ter inzage ook een ID kaart of paspoort mee ter identificatie.

PERSOONSGEGEVENS:

Naam en Voorletters : _____
Roepnaam : _____
Geslacht : _____
Geb. datum : _____
Adres : _____
Postcode : _____
Plaats : _____
Telefoon : _____ Mobiel : _____
Email adres : _____

Kind jonger dan 16 jaar? S.v.p. omcirkelen wie het (ouderlijk) gezag heeft:

Vader / Moeder / Beide / Voogd: _____ / Anders: _____

Indien van toepassing, gegevens van contactpersoon.

Naam : _____
Relatie : _____
Telefoonnummer : _____

VERZEKERINGSGEGEVENS:

Verzekering : _____
Verzekeringsnr. : _____
BSN nummer : _____

VORIGE HUISARTS:

Naam huisarts : _____
Plaats : _____

Om goede huisartsenzorg te kunnen leveren, hebben wij uw medisch dossier nodig. Geeft u toestemming voor het opvragen van deze medische gegevens van de vorige huisarts?: JA / NEE

Handtekening voor akkoord:

MEDISCH:

GENEESMIDDELEN:

Gebruikt u geneesmiddelen?

0 Nee

0 Ja, namelijk (of voeg eventueel een actuele medicatielijst van de apotheek toe)

Naam:

Sterkte:

Gebruik:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

GEZONDHEID EN ZIEKTEN:

Was u onder controle bij een praktijkondersteuner somatiek (diabetes, hart –of vaatziekte, hoge bloeddruk, longzieke) of POH-GGZ (geestelijke gezondheidszorg)?

0 ja, namelijk: _____

0 nee

Van uw vorige huisarts krijgen wij uw medische gegevens door.

Zijn er daarnaast nog andere punten t.a.v. uw gezondheid die u met ons wil delen?

Bent u op dit moment onder behandeling of controle van een specialist of andere hulpverlener?

0 Nee

0 Ja, specialisme : _____ ziekte: _____

: _____ ziekte: _____

: _____ ziekte: _____

Bent u overgevoelig (allergisch) voor medicijnen of voedingsmiddelen?

0 Nee

0 Ja, welke: _____

UITWISSELEN MEDISCHE GEGEVENS:

Voor meer informatie: www.vzvz.nl

Toestemming voor uitwisseling medische gegevens met apotheek, huisartsenpost en behandeld specialist via LSP zorginfrastructuur: **Ja/Nee**

(Kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf toestemming te geven)

Uw naam:

Uw geboortedatum:

Uw handtekening:

Wat vragen we van u?

- ☐ Indien u dit formulier voor iemand buiten uw gezin invult, graag uw naam, functie en telefoonnummer.

– Naam : _____
– Functie : _____
– Telefoonnummer : _____

- ☐ uw vorige huisarts op de hoogte te stellen van de inschrijving en uw medisch dossier spoedig aan ons over te dragen;

- ☐ de betreffende apotheek/apotheken te informeren over uw inschrijving;

- ☐ Het ziekenhuis/die ziekenhuizen op de hoogte te stellen van uw inschrijving;

Ter ondersteuning:

Via mijn Gelre (inloggen met digid) of telefonisch: bij het centrale inschrijfpunt, elke werkdag bereikbaar tussen 08.30 en 16.30 uur via 088 - 105 3384.

- ☐ Wanneer u uw e-mailadres aan ons heeft doorgegeven, ontvangt u na de inschrijving een uitnodiging voor het aanmaken van een patiënten-portaal account. Wij stellen het op prijs dat u hier gebruik van maakt. (hiervoor heeft u een uniek e-mailadres nodig).

Meer informatie kunt u vinden op onze website: www.meidoorn.info