

**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 (gemeente, maatjesproject, etc)*

Naam : \_\_\_\_\_  
Relatie : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

**VERZEKERINGSGEDEVENS:**

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:**

**Datum:**

**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.vzvez.nl](http://www.vzvez.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)

**Datum:**

**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](http://www.meidoorn.info)