

Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk, en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsen declaraties.

Ondergetekende(n)

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Voornaam: _____

Geslacht: M/V

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode+woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Persoonlijk Emailadres: _____

Zorgverzekeraar: _____

Verzekeringsnummer: _____

BSN Nummer: _____

Beroep: _____

Nationaliteit: _____

Email: _____

Vorige huisarts: _____

Vorige apotheek: _____

Nieuwe apotheek: _____

Verklaart hierbij dat hij/zij per.....(datum invullen)als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisartsenpraktijk Dr. Koopmans en Dr. Luijten
Whitestraat 4
6135 CN Sittard

Tevens geef ik toestemming aan huisartsenpraktijk Limbrichterveld om mijn oude medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts:

Plaats..... Datum.....

Handtekening.....

Eventuele *minderjarige* kinderen:

Naam:

M/V:

Geboortedatum:

Verzekeringsnummer:

BSN nummer:

Naam:

M/V:

Geboortedatum:

Verzekeringsnummer:

BSN nummer:

Heeft u in het verleden ziekten en/of operaties doorgemaakt: Ja/Nee
Zo ja, welke:

Bent u onder behandeling bij een specialist? Ja/Nee
Zo ja, welke:

Heeft u een allergie voor:

Jodium Ja/Nee
Bruine pleisters Ja/Nee
Antibiotica Ja/Nee Zo ja, welke: _____
Latex Ja/Nee
Anders: _____

Rookt u Ja/Nee
Gebruikt u alcohol Ja/Nee
Gebruikt u genotsmiddelen Ja/Nee

Gebruikt u medicatie? Ja/Nee
Zo ja, welke: (voor vrouwen ook de anticonceptiepil)

	Medicatie	Sterkte	Dosering
1	_____		
2	_____		
3	_____		
4	_____		
5	_____		
6	_____		
7	_____		
8	_____		
9	_____		
10	_____		

Komen er in uw familie een of meer van de volgende aandoeningen/ziekten voor?

Hoge bloeddruk Ja/Nee
Hartinfarct Ja/Nee
Herseninfarct Ja/Nee
Kanker Ja/Nee
Epilepsie Ja/Nee
Hoog cholesterol Ja/Nee
Suikerziekte Ja/Nee

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

TOESTEMMING

Ik geef wel/geen toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raapleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven. Kruis hieronder per zorgverlener aan of u wel of geen toestemming geeft en lever dit formulier in bij één van deze zorgverleners. Die geeft uw keuze door aan de andere zorgverleners op het formulier. U kunt dit formulier ook gebruiken om slechts aan één zorgverlener uw keuze kenbaar te maken.

HUISARTS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	

APOTHEEK	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	

MIJN GEGEVENS *Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
E-MAIL:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.