

INSCHRIJFFORMULIER

Huisartsenpraktijk van Duivenboden

Vind u het moeilijk om dit formulier in te vullen? bel dan 026-4421613 of kom langs bij de balie in de praktijk.

UW GEGEVENS

Naam en voorletters

Geboortedatum (dag/maand/jaar)

Geslacht (M/V/X)

Burgerservicenummer

Paspoort-/ Rijbewijs-/ ID kaart nummer

ADRES GEGEVENS

Straatnaam en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Mobielnummer

E-mailadres

Burgerlijke staat	Ongehuwd	Geregistreerd partnerschap
	Gehuwd	Gescheiden
	Hertrouwd	Weduwstaat
	Latrelatie	
Gezin	Alleenstaand	
	Samenwonend	
Heeft u kinderen?	Nee	
	Ja	

VERZEKERINGS GEGEVENS

Naam zorgverzekeraar

Polisnummer

APOTHEEK

Van welke apotheek wilt u gebruik maken?

CONTACTPERSOON CALAMITEITEN

Naam

Relatie tot contactpersoon

Telefoonnummer

OUDE GEGEVENS

Naam vorige huisarts

Woonplaats vorige huisarts

Telefoonnummer vorige huisarts

Met het invullen en ondertekenen van dit formulier gaat u akkoord met inschrijving in onze praktijk. Ook geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts. We bewaren uw medische gegevens zorgvuldig volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Medische vragenlijst

ALLERGIËN

Bent u ergens allergisch of overgevoelig?

Hooikoorts (pollenallergie)
Huisstofmijt
Huisdieren
Voedselallergie, namelijk:
Contactallergie, namelijk:
Medicijnen, namelijk:

SPECIALIST

Bent u onder behandeling van
een specialist?

Nee
Ja, namelijk

ERFELIJKE ZIEKTES

Komen erfelijke ziekte voor in
uw familie?

Nee
Ja, namelijk

WERK

Beroep:
Pensioen/VUT sinds
Ik ben werkloos sinds
Ik ben arbeidsongeschikt sinds
Ik studeer
Ik werk thuis in huishouding/zorgtaken/overig

Mijn werk was:
Mijn werk was:
Reden
Naam studie

SPORT

Beoefent u een sport?

Nee
Ja, namelijk

ROKEN

Rookt u?

Nee
Voorheen, ik ben gestopt sinds
Ja, hoeveel?

OVERIG

Heeft u in uw leven
ingrijpende gebeurtenissen
meegemaakt?

Nee
Ja, namelijk

Zijn er overige zaken die u
belangrijk vindt om door te
geven aan de huisarts?

Nee
Ja, namelijk

TOESTEMMINGSFORMULIER LSP

Geeft u toestemming om uw medische gegevens te delen?

JA

Ik geef toestemming aan de huisartsen van huisartsenpraktijk Van Duivenboden om mijn gegevens, of de gegevens van mijn kind (tot 15 jaar), beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvz.nl.

Nee

Ik geef geen toestemming aan de huisartsen van huisartsenpraktijk Van Duivenboden om mijn gegevens, of de gegevens van mijn kind (tot 15 jaar), beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvz.nl.

Met dit formulier wordt uw toestemming gevraagd om wel of niet uw medische dossier open te stellen voor inzage, als dat nodig is voor uw behandeling door de huisartsenpost, apotheek, of specialist. Sinds september 2013 is het elektronisch Landelijk Schakelpunt (LSP) in gebruik genomen. Op advies van de overheid en betrokken partijen, zijn onze medische dossiers elektronisch bereikbaar gemaakt voor het beveiligd raadplegen op afstand door genoemde zorgverleners. Alleen als u toestemming heeft gegeven is uw dossier in te zien door de zorgverlener. Voor meer informatie zie website www.vzvz.nl

Afronding inschrijving

Hartelijk dank voor het invullen van de formulieren. Wilt u controleren of uw naam, datum en handtekening onderaan de pagina zijn ingevuld?

Alle gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Wij zullen daar dus zorgvuldig mee omgaan. Het ingevulde inschrijfformulier kunt u opslaan en via de mail versturen naar praktijkvanduivenboden@mcspan.nl.

Wij vinden het prettig als u op een kennismakingsgesprek komt. Zodra al uw gegevens bij ons bekend zijn zullen wij contact met u opnemen

Uw naam

Huidige datum

Handtekening