

# Inschrijfformulier / behandelovereenkomst



**!! Gelieve kopie van legitimatiebewijs bij te voegen !!**

- Vul dit formulier zorgvuldig in en lever het in bij de praktijk. Graag een geldig identiteitsbewijs en het ingevulde toestemmingsformulier Landelijk Schakelpunt (LSP) ([www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)) meenemen.
- Informatie over de praktijk vindt u op onze website: [www.hoedhoogeplaten.nl](http://www.hoedhoogeplaten.nl)

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk (AGB: 01059017).

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

## Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:			
Roepnaam:			
Geboortedatum:		Geslacht:	M/V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het ouderlijk gezag over het kind met een andere ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?	Ja / Nee Ja / Nee / Niet bekend		
<i>Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)</i>			

## Adresgegevens / nieuw adres

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:			
Mobiel nummer:			
Emailadres:			
Inschrijven per	Datum noteren:		

## Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

### Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	

### Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

#### Toestemming

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

Wij verzoeken u uw vorige huisarts (en eventueel apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen. Als u zich inschrijft bij Huisartsenpraktijk Hooge Platen, dan geeft u hierbij ook toestemming dat wij uw medische gegevens delen met de huisartsenpost.

Datum: Handtekening: Indien jonger dan 16 jaar dan moeten beide ouders tekenen!

Handtekening \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

Naam ouder 1 \_\_\_\_\_ Naam ouder 2 \_\_\_\_\_

### Gegevens nieuwe apotheek

Naam:	
Adres:	

#### Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

nee

ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel en/of hulpstof  
allergieën/overgevoeligheden

Bijwerking

Andere


Gebruikt u medicijnen?

nee

ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

*Naam geneesmiddel*

*Hoeveel mg*

*Gebruik per dag of per week*

<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Hoeveel mg</i>	<i>Gebruik per dag of per week</i>

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

nee

ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)


Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?

	Bij u zelf	in uw familie
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere ziekten die van belang kunnen zijn	.....	.....

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*


**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

- Standaard kindervaccinaties ja / nee
- Reizigersvaccinaties ja / nee
  - Zo ja welke: .....
- Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee
  - Zo ja welke: .....
- Griepvaccinatie ja / nee

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist*

*Naam van ziekenhuis*

<i>Naam van specialist</i>	<i>Naam van ziekenhuis</i>

**Bent u wel eens geopereerd?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarom geopereerd?*

*Wanneer geopereerd?*

<i>Waarom geopereerd?</i>	<i>Wanneer geopereerd?</i>

**Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wanneer gebeurde het ongeval ?*

*Wat voor ongeval precies?*

*Eventueel blijvende gevolgen?*

<i>Wanneer gebeurde het ongeval ?</i>	<i>Wat voor ongeval precies?</i>	<i>Eventueel blijvende gevolgen?</i>

**Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

**Leefstijl** \_\_\_\_\_ Gewicht en lengte: .....Kg .....cm

Rookt u?

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat rookt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

Gebruikt u alcohol?

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat drinkt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

Gebruikt u drugs?

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Welke drugs gebruikt u?*

*Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Naar waarheid ingevuld: JA / NEE**

**Datum:** ..... **Naam** ..... **Handtekening** .....

**Datum:** ..... **Naam** ..... **Handtekening** .....

**Datum:** ..... **Naam** ..... **Handtekening** .....

**NB**

*Indien inschrijvingen bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar moet minimaal 1 ouder tekenen én kind voor akkoord.*

*Bij gescheiden ouders dienen beide ouders (!) te tekenen voor akkoord. Pas daarna kan het kind ingeschreven worden!*

# Toestemmingsformulier LSP

## Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts  
 mijn apotheek

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

## Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

JA  NEE

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

JA  NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening  
ouder of voogd: .....

Datum: .....

**In te vullen door de nieuwe Apotheek**

Gegevens geregistreerd in systeem  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

**In te vullen door de nieuwe Huisartsenpraktijk**

BSN verificatie  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

WID controle  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

NONI activering (tenzij Krijgsmacht)  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

ION aanmelding  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

Dossier geïmporteerd (digitaal)  naam \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_