

Ontvangen op/door:		Terneuzen	JA / NEE
Praktijkfolder gegeven:	JA/ NEE	12 +	JA / NEE
LSP ontvangen:	JA / NEE	16 +	JA / NEE



Inschrijfformulier Huisartsencentrum Zuid

Kijk voor meer informatie op: www.hczuid.nl

- Graag **volledig invullen** en **afgeven aan de balie**. Zorg dat u een geldig **identiteitsbewijs** meeneemt.
- Ook het ingevulde toestemmingsformulier LSP meenemen (www.ikgeeftoestemming.nl).

Persoonsgegevens

Voorletters:		Achternaam:			
Roepnaam:			Geboortedatum:		Geslacht: M / V
!	Praktijkmedewerker: voert Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks).				
	Identificatiesoort:		Identificatienummer:		

Adresgegevens

Straat:					
Postcode:		Plaats:			
Telefoonnummer:			Mobiel nummer:		
E-mailadres:					
Samenwonend met (indien van toepassing)	Naam:		Geboortedatum:		

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:		UZOVI nr. : (indien bekend)	
Burger Service Nummer:		Polisnummer:	

Keuze huisarts/apotheek

Huisarts	☐ Dr. Peek > 0115-683470 ☐ Dr. Munneke > 0115-683468
	LET OP: is uw huidige huisarts gevestigd in Terneuzen dan dient u deze eerst te contacteren.
Apotheek	☐ Zuidpolder ☐ Epicurus

Gegevens vorige huisarts

Naam :		Adres:	
--------	--	--------	--

Gegevens vorige apotheek

Naam :		Adres:	
--------	--	--------	--

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Verwittig zelf uw vorige huisarts

Wij verzoeken u om uw vorige huisarts (en evt. apotheek) te informeren over uw overstap naar onze praktijk. Zij zullen met uw toestemming het dossier aan ons toesturen.

Toestemming

Ondergetekende verklaart dat dit formulier naar waarheid is ingevuld. U verleent toestemming voor inschrijving in onze praktijk en voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.

Datum:	Handtekening:

Kinderen

- Jonger dan 12 jaar > Enkel de gezagdragers hoeven het formulier te ondertekenen.
Ouder dan 12 jaar > Het kind en de gezaghebber(s) ondertekenen het formulier.
Ouder dan 16 jaar > Onderteken zelf het formulier. Vul uw eigen telefoonnummer en e-mailadres in.

Indien jonger dan 16 jaar, graag een handtekening van gezagdrager(s):

- Zijn de gezagdragers gescheiden dan dient er altijd een kennismaking plaats te vinden met beide.
- Is er maar 1 gezagdrager dan ontvangen wij graag een wettelijk bewijs hiervan bij het inschrijfformulier.

Datum:	Gezagsdrager 1:	Gezagsdrager 2:
Naam:	 	
Handtekening:	 	

MijnGezondheid.net

Na uw inschrijving melden wij u aan voor **MijnGezondheid.net** een beveiligd online patiëntenportaal waarop u kunt inloggen met uw DigiD. Vervolgens geven wij uw dossier vrij. U ontvangt een e-mail wanneer u bent aangemeld.

Wij willen u vragen om daarna in te loggen op mijngezondheid.net. Wanneer u de 1e keer inlogt doorloopt u eenmalig de instellingen. Hierbij kunt u aangeven welke e-mail- en pushnotificaties u wilt ontvangen.

Kijk voor meer informatie op de website: mijngezondheid.net.

Wens u **GEEN** gebruik te maken van MijnGezondheid.net kruis dan dit vakje aan:

☐

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Kennismaking

Wanneer uw inschrijving is voldaan kunt u bij interesse een afspraak maken voor een kennismakingsgesprek met uw huisarts.

Checks in te vullen door de praktijk	Datum	Paraaf
Identiteitscontrole		
Dossier ingevoerd in HIS (niet dubbel)		
COV		
ION		
MGN		
LSP		

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/hulpstof/anders Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie

Gebruikt u medicijnen?

☐ nee ☐ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

Naam geneesmiddel Hoeveel mg / ml (sterkte) Gebruik per dag of per week

Heeft u een wilsverklaring ?

(denk aan verklaring niet reanimeren, behandelverbod en/of euthanasieverzoek)

☐ nee ☐ ja (lever deze dan in bij de praktijk).

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)

--

Naam: _____ Geboortedatum: _____

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

Suikerziekte

Hart/ vaatziekten:

- hoge bloeddruk

- hoog cholesterol

- beroerte (CVA of TIA)

- hartproblemen

- vaatproblemen (etalagebenen)

Nierziekte

Astma of COPD

Eczeem, hooikoorts, allergie

Maag-darmziekte

Darmkanker

Borstkanker

Andere vorm van kanker

Epilepsie

Bij u zelf

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

in uw familie

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ ja

☐ nee ☐ 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

Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee

Zo ja welke:

Griepvaccinatie

Reizigersvaccinaties

Zo ja welke:

ja / nee

ja / nee

Bent u onder behandeling van een specialist?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam van specialist

Naam van ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waaraan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Naam: _____ Geboortedatum: _____

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

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

Wat voor ongeval? Eventueel blijvende gevolgen?

--

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

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

--

Leefstijl

Wat is uw 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?

--	--

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

☐ 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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

☐ 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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

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:

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:

Geboortedatum:

Handtekening
kind:

☐ JA

☐ NEE

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Handtekening
kind:

☐ JA

☐ NEE

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

Handtekening
ouder of voogd:

Datum:

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.