

## Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten Huisartsengroepspraktijk Scheemda

(per persoon 1 formulier invullen)

1. personalia/ adresgegevens:

voorletters: \_\_\_\_\_

roepnaam: \_\_\_\_\_

achternaam: \_\_\_\_\_

geboortedatum/-plaats: \_\_\_\_\_

geslacht: v  m

burgerservicenummer (BSN): \_\_\_\_\_

straat + huisnummer: \_\_\_\_\_

postcode: \_\_\_\_\_

plaats: \_\_\_\_\_

telefoonnummer: \_\_\_\_\_

mobiel telefoonnummer: \_\_\_\_\_

email-adres: \_\_\_\_\_

beroep: \_\_\_\_\_

contactpersoon (in geval van calamiteiten): \_\_\_\_\_

2.a. naam vorige huisarts: \_\_\_\_\_ plaats: \_\_\_\_\_

b. verklaring van inschrijving (nodig voor het opvragen van het medisch dossier bij uw vorige huisarts):

Ik verklaar hierbij dat ik per \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ben ingeschreven in de huisartsenpraktijk van  
dhr. dr. C. Peters-Veluthamaningal (AGB-code 01024209).

Handtekening: \_\_\_\_\_

3. reden inschrijving:

- verhuizing
- geboorte
- tijdelijke inschrijving
- huwelijk/ samenwonen

overige: \_\_\_\_\_

4. medische gegevens

a. gewicht: \_\_\_\_\_ kg      lengte: \_\_\_\_\_ cm

b. ik kom in aanmerking voor de jaarlijkse griepvaccinatie:    ja     nee

indien ja, de reden waarom u in aanmerking komt voor de griepvaccinatie: \_\_\_\_\_

c. medische voorgeschiedenis:

hypertensie (hoge bloeddruk):    ja     nee

diabetes mellitus (suikerziekte):    ja     nee

COPD (longemfyseem):    ja     nee

astma:    ja     nee

overige ziekten:

c. actueel medicijngebruik (graag naam, sterkte en doseringsfrequentie geneesmiddel vermelden):

d. familiale ziekten:

\*geef een punt voor elk lid in uw familie dat aan diabetes mellitus lijdt of leed.

Totaal aantal punten: \_\_\_\_\_

\*geef een punt voor elk lid in uw familie dat aan borstkanker lijdt of leed.

Totaal aantal punten: \_\_\_\_\_

\*geef een punt voor elk 1<sup>ste</sup> graads familielid (ouders, broers, zussen, kinderen) dat aan duidelijke hart- en vaatziekten (beroerte, hartinfarct, etalagebenen) lijdt of leed, optredend vóór het 65<sup>e</sup> levensjaar. Totaal aantal punten: \_\_\_\_\_

\*andere familiale (erfelijke) ziekten: \_\_\_\_\_

e. wilsverklaringen (zo ja, graag afschrift verstrekken voor het medisch dossier)

-ik heb een euthanasieverklaring:    ja     nee

-er is bij mij sprake van behandelbeperkingen:    ja     nee

5. Allergisch voor: \_\_\_\_\_

6. Identiteit gecontroleerd (bedoeld voor assistentes, afvinken) \*:

soort identiteitsbewijs: \_\_\_\_\_

nummer identiteitsbewijs: \_\_\_\_\_

7. Verzekeringsgegevens:

naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

uzovi-code: \_\_\_\_\_

polisnummer: \_\_\_\_\_

Hartelijk dank voor het invullen van uw gegevens!

\*Bij inschrijving in onze praktijk dient u zich te legitimeren (paspoort, identiteitskaart). Dit is een wettelijke verplichting.

# Toestemming voor uitwisseling patiëntgegevens

Met dit om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen formulier geeft u aan of u uw huisarts/huisartsenpraktijk toestemming verleent aan andere zorgverleners.

## Voor elke zorgverlener een apart formulier

Dit formulier geldt voor één zorgverlener/zorgaanbieder. Wilt u uw toestemming verlenen aan andere zorgverleners/zorgaanbieders? Download dan via [www.vzvx.nl](http://www.vzvx.nl) voor elk een blanco formulier en vul het opnieuw in.

## Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij de huisarts/huisartsenpraktijk die u op dit formulier invult.

## Informatie

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' beschrijft gedetailleerd hoe medische gegevens worden gedeeld. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen of [www.vzvx.nl](http://www.vzvx.nl) raadplegen.

## TOESTEMMING

**JA** Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

**NEE** Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

## HUISARTS

Naam huisarts **dr. C. Peters-Veluthamaningal**

## MIJN GEGEVENS

Naam ..... Voorletters .....  M  V  
Straat ..... Geboortedatum .....  
Postcode ..... Plaats .....  
Mobiele tel. .... E-mail .....

## ONDERTEKENING

Datum en plaats ..... Uw handtekening .....

## GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen. Van kinderen onder de 12 jaar is geen eigen toestemming nodig.

### 1. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

### 2. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

### 3. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

### 4. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*