

Inschrijfformulier Huisartspraktijk Elspeet

Gegevens praktijk:

Huisartspraktijk Elspeet

Ds. Kalshovenweg 30

8075 AG Elspeet

Tel: 0577-491281

E-mail: info@hpelspeet.nl

Persoonsgegevens	
Voorletters	
Roepnaam:	
Tussenvoegsel:	
Achternaam:	
Volgorde:	<input type="checkbox"/> Geboortenaam <input type="checkbox"/> Naam echtgenoot gevolgd door geboortenaam
BSN-nummer:	
Geboorteplaats:	
Geboortedatum	..-..-....
Geslacht	Man <input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/>

Adresgegevens	
Straatnaam:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	

Contactgegevens	
Mobiel nummer:	
Huistelefoonnummer:	
E-mailadres:	

Verzekeringsgegevens	
Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	

Gegevens vorige huisarts	
Naam + adresgegevens vorige huisarts	
Naam + adresgegevens vorige apotheek	
Naam nieuwe apotheek	

Medische gegevens

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

Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

0 nee

0 ja, vul hieronder de relevante gegevens in

Geneesmiddel/hulpstof/anders:	Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie:

Gebruikt u medicatie?

0 nee

0 ja, vul hieronder de medicatie in die u gebruikt

Naam geneesmiddel:	Hoeveelheid mg/ml (sterkte)”:	Gebruik per dag of per week:

Vul hieronder bijzonderheden uit uw medische voorgeschiedenis in, met welke medische aandoeningen bent u bekend?

Bent u onder behandeling van een specialist?

0 nee

0 ja, vul hieronder de gegevens van de specialist in

Naam van de specialist:	Naam van ziekenhuis:

Bent u onder behandeling van een GGZ-instelling?

0 Nee

0 Ja, vul hieronder de gegevens van de behandelend arts in

Naam van de behandelend arts:	Naam van de instelling:

Datum:.....

Handtekening:.....

Graag het formulier volledig invullen. Voor ieder persoon een apart formulier invullen. U kunt het formulier naar ons mailen of afgeven aan de balie op de praktijk. Graag ontvangen wij een kopie van een identiteitsbewijs wanneer u het formulier bij ons inlevert, dit om uw inschrijving compleet te maken.

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.