

Debussyring 102 3261 JA Oud-Beijerland

Telefoonnummer: 0186-630200

**Inschrijfformulier huisartspraktijk F.Quispel**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam:  |  |
| Voorletters:  |  |
| Roepnaam:  |  |
| Geboortedatum:  |  |
| Geslacht:  | M / V |
| Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID | ja / nee |
| Partner in dezelfde praktijk:  | Ja/ Nee | Naam: Geboortedatum:  |
| Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder?Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? | Ja / NeeJa / Nee / Niet bekend |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straat: |  |
| Postcode: |  | Plaats:  |
| Telefoonnummer:  |  |
| Mobiel nummer:  |  |
| Emailadres: |  |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar:  |  |
| Polisnummer: |  |
| BurgerServiceNummer:  |  |

**Gegevens vorige huisarts**

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

**Gegevens vorige apotheek**

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

**Toestemming opvragen en verstrekken gegevens**

* Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum: Handtekening:

**Van welke apotheek gaat u gebruik maken:**

○ Apotheek Apollo, West-Voorstraat 20, 3262 JP Oud-Beijerland

○ Apotheek Zoomwijck, Zoomwijckplein 9, 3262 DA Oud-Beijerland

**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 Bijwerking Andere allergieën/overgevoeligheden*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **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)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Bent u onder behandeling van een specialist?**○ nee
○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist Naam van ziekenhuis*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Bent u de afgelopen twee jaar geopereerd?**○ nee
○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waaraan geopereerd? Wanneer geopereerd?*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**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?*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Toestemmingsformulier**

**Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP**

|  |  |
| --- | --- |
|  **JA** |  **NEE** |
| 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)’. | 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:** |  |
|  |  |  |