Metrum Medisch Centrum

Debussyring 102 3261 JA Oud-Beijerland 

Telefoonnummer: 0186-619173

**Inschrijfformulier huisartspraktijk Klokkenburg**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: | M / V |
| Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID | ja / nee |

**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:

## 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 Bijwerking Andere allergieën/overgevoeligheden*

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

**Gebruikt u medicijnen?**

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

***Naam geneesmiddel Hoeveel mg Gebruik per dag of per week***

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

**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 ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Hart/vaatziekten ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
-hoge bloeddruk ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
-hoog cholesterol ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
-beroerte (CVA of TIA) ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
-hartproblemen ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
-vaatproblemen (etalagebenen) ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Nierziekte ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Astma of COPD ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Eczeem, hooikoorts, allergie ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Maag-darmziekte ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Darmkanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Borstkanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Andere vorm van kanker ○ nee ○ ja ○ nee ○ ja  
Epilepsie ○ 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  
○ 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*

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

**Bent u wel eens geopereerd?**○ nee   
○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waaraan geopereerd? Wanneer geopereerd?*

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

## ****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?*

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

## ****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?***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks door de praktijk** | **Datum** | **Paraaf** |
| Dossier ingevoerd in HIS |  |  |
| Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt |  |  |
| Actueel Medicatie Overzicht opgevraagd bij vorige apotheek |  |  |
| Actueel Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier denk ook aan de allergieën en contra indicaties |  |  |
| Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t. |  |  |
| COV |  |  |
| ION |  |  |
| Verificatie door huisarts |  |  |
| Toestemming LSP verwerkt |  |  |

**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:** |  |
|  |  |  |