

## INSCHRIJFFORMULIER

**Welkom bij de huisartspraktijk in het Metrum Medisch Centrum!** Om uw gegevens goed te kunnen verwerken, vragen wij u om **per gezinslid 1 formulier** zo volledig mogelijk in te vullen.

**Bij inleveren (kopie) geldig ID en verzekeringspas tonen!**

**\*Voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van beide (indien van toepassing) ouders met gezag noodzakelijk.**

**Inschrijving in praktijk** (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is):

F. Quispel       J.C. Klokkenburg       J.W.P. van Nieuwaal       M.D. Snoodijk en P.J. Kokje

Naam: \_\_\_\_\_ M/V/X  
Voorletters: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**Naam Zorgverzekering:** \_\_\_\_\_  
**Polisnummer/relatiernr.** \_\_\_\_\_

**BSN:** \_\_\_\_\_  
Beroep: \_\_\_\_\_  
Allergie: \_\_\_\_\_  
Huidig medicatie overzicht: \_\_\_\_\_ (Opvragen bij uw apotheek)

Intolerantie geneesmiddel: \_\_\_\_\_  
Medische bijzonderheden: \_\_\_\_\_  
Apotheek: \_\_\_\_\_

Apotheek Apollo/Apotheek Zoomwijck/overig nl: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts (naam en plaats): \_\_\_\_\_

Partner in de praktijk: JA/NEE  
Naam partner (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Hierbij verklaar ik (<sup>en</sup>/of mijn ouder(s)/voogd/voogden) dat ik bij bovenstaande arts ben ingeschreven.  
Ik geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN\*** toestemming om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts.

**Indien een kind jonger dan 16 jaar:** wordt het gezag over het kind gedeeld met een andere ouder? **JA/NEE/NVT\***

Ik (<sup>en</sup>/of ouder(s)/voogd/voogden), geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN\*** toestemming mijn patiëntendossier aan te melden bij het Landelijke Schaklepunt, zodat dit dossier o.a. op de huisartsenpost ingezien kan worden. (vzvz.nl)

Ik wil **WEL/GEEN\*** gebruik maken van MijnGezondheid.net. Dit is uw gratis persoonlijk zorgdossier op internet en biedt u de mogelijkheid gezondheidszaken makkelijk en snel te regelen. Zie [Metrum Medisch Centrum](http://MetrumMedischCentrum.nl)

*\*doorhalen wat niet van toepassing is*

Plaats	Naam (Volwassenen/kind vanaf 12 jr.)	Naam ouder/voogd 1* (Bij inschrijving kind tot 16 jr.)	Naam ouder/voogd 2* (Indien van toepassing)
_____	_____	_____	_____
Datum	Handtekening	Handtekening	Handtekening

**IDENTITEITSCONTROLE UITGEVOERD AAN DEN HAND VAN EEN GELDIG ID: JA/NEE**  
(Uit te voeren door een medewerker van de huisartspraktijk Metrum Medisch Centrum)

Datum ID-controle uitgevoerd: .....

Naam door wie uitgevoerd: .....

**\*assistente zie lijst checks door de praktijk te doen (achterzijde van formulier)**

## INSCHRIJFFORMULIER

<b>Checks door de praktijk/assistente</b>	<b>Datum</b>	<b>Paraaf</b>	<b>Opmerking</b>
Getekend inschrijfformulier inscannen in patiëntendossier			
Dossier ingevoerd in HIS			
Patiënt ingevoerd als: passant/vaste patiënt			
Kennismakingsgesprek gepland HA: ja/nee/n.v.t.			
COV			
ION			
Verificatie door huisarts			
Toestemming LSP verwerkt			