

## Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij deze huisarts. Wilt u alleen een adreswijziging doorgegeven dan kan dat ook op dit formulier. Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Datum	
Titel	
Achternaam	
Partner Achternaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
BSN	
Beroep	
Burgerlijke staat	
Aantal gezinsleden	

### Adresgegevens

Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mail	

### Verzekeringsgegevens

Naam verzekeraar	
Polisnummer	
Verzekering begindatum	

### Vorige huisarts

Naam huisarts	
Adres huisarts	
Plaats huisarts	
Telefoonnummer huisarts	
Emailadres huisarts	

Allergie:

- Nee
- Ja namelijk;
  - Medicatie:
  - Voedingsmiddelen:
  - Bijen of wespensteek:
    - Ja
    - Nee

Gebruikt u medicijnen:

- Nee
- Ja, welke;

Welke andere medicatie die niet door een arts is voorgeschreven gebruikt u regelmatig:

Heeft u een chronische ziekte

- Nee
- Ja namelijk;
  - Suikerziekte
  - Schildklierziekte
  - Hoge bloeddruk
  - Hart en of vaatziekten
  - Epilepsie
  - Astma
  - Longemfyseem/COPD
  - Anders namelijk:

Zijn er nog overige bijzonderheden waar wij rekening mee moeten/kunnen houden?

### **Uitwisseling van medische gegevens via het landelijk Schakelpunt (LSP)**

Door ontwikkelingen is het mogelijk dat regionale hulpverleners met uw toestemming uw belangrijkste medische gegevens kunnen inzien. Hierbij kunt u denken aan de huisarts op de huisartsenpost of de specialist in het ziekenhuis. Het is belangrijk dat zij weten welke medicatie u gebruikt en of u een allergie heeft. Op basis van deze gegevens kunnen zij de beste behandeling u opstellen.

Voor deze uitwisseling van persoonlijke informatie is uiteraard wel eerst uw expliciete toestemming nodig. Voor minderjarigen kan dit getekend worden door de ouders/voogd.

Bij deze verleen ik wel/niet toestemming om mijn medische gegevens in te kunnen zien.

Ondertekende verleent toestemming om medicatiegegevens op te vragen en in het medisch dossier op te nemen.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Graag dit formulier of inleveren op de praktijk of in de brievenbus gooien met een kopie van een geldig identiteitsbewijs en verzekeringspasje.

Als u dit formulier digitaal inlevert, graag kopie van een identiteitsbewijs en een verzekeringspasje uploaden.