

Met het invullen en ondertekenen van dit formulier gaat u, tot wederopzegging, akkoord met inschrijving in onze praktijk. Tevens geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts. We bewaren en beheren uw medische gegevens zorgvuldig volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Oude gegevens

Naam vorige huisarts

Adres

Telefoonnummer vorige huisarts

Reden vertrek vorige huisarts
o verhuizing
o anders, namelijk

Hoofdbewoner

Achternaam

Meisjesnaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht M / V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- / rijbewijs- / ID kaart nummer geldig t/m

Burgerlijke staat
o ongehuwd
o gehuwd
o hertrouwd
o LAT relatie
o geregistreerd partnerschap
o gescheiden
o weduwstaat

Gezinssituatie
o alleenwonend
o samenwonend

Heeft u kinderen? ja / nee
aantal thuiswonend aantal uitwonend
eventuele aanvullingen

Datum: Naam: Handtekening:

Partner / volwassen medebewoner (indien van toepassing)

Achternaam

Meisjesnaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht M/V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- /rijbewijs-/ID kaart nummer geldig t/m

Burgerlijke staat

- ongehuwd
- gehuwd
- hertrouwd
- LAT relatie
- geregistreerd partnerschap
- gescheiden
- weduwstaat

Heeft u kinderen? ja / nee

aantal thuiswonend aantal uitwonend

eventuele aanvullingen

Wilt u dat er een levensbeschouwing wordt genoteerd? ja nee

indien ja, welke...

Overige gegevens

Telefoon thuis

Telefoon mobiel

Bereikbaarheid overdag

E-mailadres

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Werk

beroep

persioen / VUT mijn werk was:

ik ben werkloos sinds mijn werk was:

ik ben arbeidsongeschikt sinds

reden arbeidsongeschiktheid

ik studeer naam studie:

ik werk thuis, huishouding/zorgtaken/overig.....

Contactpersoon bij calamiteiten

Naam:

Relatie:

Telefoonnummer:

Denkt u aan het invullen van de medische vragenlijst/nooddossier voor volwassenen (16 jaar en ouder) en het toestemmingsformulier LSP (zie bijlagen).

Kind(eren), tot en met de leeftijd van 15 jaar, indien van toepassing

Achternaam

Voorletter(s)

Roepnaam

Geslacht

M/V

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

BSN nummer

Paspoort- /ID kaart nummer

geldig t/m

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Datum: Naam: Handtekening:

MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR KINDEREN TOT EN MET DE LEEFTIJD VAN 15 JAAR

Is uw kind ergens overgevoelig (allergisch) voor?

Geneesmiddelen ja / nee welke?
Andere stoffen ja / nee welke?

Heeft uw kind ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

Ja, namelijk:
 Nee

Heeft uw kind wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....
.....

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

Ja, namelijk:
 Nee

(Eventueel) medicatiegebruik

.....

Aanvullingen

Gebruikt uw kind alcohol? ja / nee / weet niet welke?
Gebruikt uw kind drugs? ja / nee / weet niet welke?

Datum: Naam: Handtekening:

MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 JAAR EN OUDER)

Wij vragen u vriendelijk om onderstaande vragenlijst wilt invullen. Wilt u voor elk persoon een apart formulier invullen?

Achternaam

Geboortedatum

Bent u bekend met/heeft u:

- Astma/COPD
- Beroerte
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Gewrichtsklachten
- Hartaandoening
- Hoge bloeddruk
- Kanker, namelijk:
- Nieraandoening, namelijk:
- Psychiatrische aandoening, namelijk:
- Schildklierziekte
- Anders, namelijk:
- tia
- gebruik tabletten
- reuma
- hartinfarct
- CVA
- gebruik insuline
- fibromyalgie
- klepprobleem
- geen medicatie
- artrose
- hartfalen

(Eventueel) medicatiegebruik

Naam	Sterkte (in mg of ml)	Dosering (bijv. 1x per dag 1)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en in welk jaar?

.....

.....

Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?

- Ja, namelijk:
- Nee

Datum: Naam: Handtekening:

MEDISCHE VRAGENLIJST/NOODDOSSIER

VOOR VOLWASSENEN (16 JAAR EN OUDER)

Bent u overgevoelig (allergisch) voor bepaalde stoffen?

- Jodium ja / nee
- Voedingsmiddelen ja / nee welke?
- Geneesmiddelen ja / nee welke?
- Andere stoffen ja / nee welke?

Rookt u?

- Nee
- Voorheen, gestopt sinds
- Ja, sinds

Drinkt u alcohol?

- Nee
- Ja, aantal glazen per week

Gebruikt u drugs?

- Nee
- Ja welke? hoe vaak?

Hebt u in uw leven ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, die uw huisarts moet weten?

- Nee
- Ja

Zijn er overige zaken die u belangrijk vindt om door te geven?

- Nee
- Ja, namelijk

Datum: Naam: Handtekening:

Met dit formulier wordt uw toestemming gevraagd om wel of niet uw medische dossier open te stellen voor inzage, als dat nodig is voor uw behandeling door de huisartsenpost, apotheek of specialist. Sinds september 2013 is het elektronische Landelijk Schakelpunt (LSP) in gebruik genomen. Op advies van de overheid en betrokken partijen, zijn ook onze medische dossiers elektronisch bereikbaar gemaakt voor het beveiligd raadplegen op afstand door genoemde zorgverleners. Alleen als u toestemming heeft gegeven is uw dossier in te zien door de zorgverlener.

Voor meer informatie zie website www.vzvez.nl

o JA

Ik geef toestemming aan dokter Vloedveld om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvez.nl

o NEE

Ik geef geen toestemming aan dokter Vloedveld om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals staat vermeld op www.vzvez.nl

Heeft u kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming, hiervoor een extra "Toestemmingsformulier LSP" gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

Gegevens van mijn kinderen

Toestemming

JA / NEE	Voor- en achternaam	M/V
	Geboortedatum	
JA / NEE	Voor- en achternaam	M/V
	Geboortedatum	
JA / NEE	Voor- en achternaam	M/V
	Geboortedatum	
JA / NEE	Voor- en achternaam	M/V
	Geboortedatum	

Datum: Naam: Handtekening:

UITLEG AFRONDEN VAN DE INSCHRIJVING(EN)

Hartelijk dank voor het invullen van de formulieren. Wilt u controleren of er onderaan elke pagina de datum, uw naam en uw handtekening is geplaatst?

Alle gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Wij zullen daar dus zorgvuldig mee omgaan. Zou u de formulieren in een gesloten enveloppe willen inleveren bij de assistente, willen opsturen naar de praktijk of mailen naar praktijk@huisartsvloedbeld.nl?

Wij melden u aan bij ION (inschrijving op naam). Uw vorige huisarts krijgt hierdoor een melding dat u zich heeft aangemeld bij onze huisartsenpraktijk. De gegevens zullen digitaal via een veilige verbinding worden verstuurd.

We vinden het prettig dat u op een kennismakingsgesprek komt zodra al uw gegevens bij ons bekend zijn. Wilt u 2-3 weken na het inleveren van de formulieren contact opnemen met de assistente om een kennismakingsgesprek met de huisarts in te plannen?

De volledige inschrijving is compleet wanneer onderstaande documenten zijn ingevuld en ondertekend.

- o inschrijfformulier (naam, adres etc.)
- o medische vragenlijst
- o toestemmingsformulier LSP