**Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten Huisartsenpraktijk Weers**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam | M / V Gezien (door assistente aankruisen) |
| Voorletters |
| Roepnaam |
| Straat + huisnummer |
| Postcode  |
| BSN: |
| Geboortedatum |
| Telefoon |
| Mobiel |
| E-mailadres |
| Zorgverzekering + (polis)nummer |
| Uw apotheek in Kampen |
| Legitimatiebewijs (graag bij inleveren tonen) Paspoort / Identiteitskaart / Rijbewijs |
| Documentnummer |
| Komt u bij iemand inwonen die al bij ons patiënt is? Vul a.u.b. hieronder in bij wie:Achternaam  |
| Geboortedatum |  |
|  |  |

**Gegevens vorige huisarts**

Wij vragen uw dossier op bij uw vorige huisarts. Zou u deze willen inlichten dat u wisselt van huisarts?

|  |
| --- |
| Naam huisarts |
| Adres, postcode en plaats |

**Toestemming voor delen medische gegevens via het LSP**

Via het LSP (Landelijk Schakelpunt) kunnen een aantal medische gegevens uitgewisseld worden tussen zorgverleners, bijvoorbeeld het ziekenhuis, de apotheek, de huisartsenpost etc. U kunt hieronder toestemming geven dat wij medische gegevens van u mogen delen via het LSP. Zie voor meer info [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl).

* JA, ik geef WEL toestemming aan Huisartsenpraktijk Weers te Kampen om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb de informatie op volgjezorg.nl gelezen en heb het goed begrepen.
* NEE, ik geef GEEN toestemming aan Huisartsenpraktijk Weers te Kampen om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb de informatie op volgjezorg.nl gelezen en heb het goed begrepen.

**Ondertekening:**

Ondergetekende verklaart hierbij als patiënt ingeschreven te staan bij Huisartsenpraktijk Weers,

Silene 2b, 8265 GZ te Kampen.

Voor kinderen geldt:

* tot 12 jaar: tekenen en toestemming door ouders/voogd
* van 12 tot 16 jaar: tekenen en toestemming door ouders én het kind zelf
* vanaf 16 jaar: tekenen en toestemming door het kind zelf

Naam:

Plaats en datum: Handtekening:

**Het kan handig zijn om nog enkele gegevens van u te hebben:**

Heeft u kinderen jonger dan 16 jaar die u ook wilt inschrijven? nee ja

Is er een gedeeld gezag met een gescheiden ouder? nee ja

Heeft u moeite met lezen en/of schrijven? nee ja

Is er een geloofsovertuiging waar wij rekening mee kunnen houden? nee ja

 Zo ja, wat wilt u daarover aan ons kwijt: \_\_\_\_\_

Heeft u chronische aandoeningen? Zo ja, welke?

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

Welke medicatie gebruikt u?

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

Heeft u een allergie voor antibiotica, werkzame stoffen of pleisters? nee ja

Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kreeg u bij de vorige huisarts altijd de jaarlijkse griepprik? nee ja

Heeft u een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)? nee ja

Zo ja, wat voor indicatiebesluit is er? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u thuiszorg?

Zo ja, welke thuiszorgorganisatie? \_\_\_\_\_