

**Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten Huisartsenpraktijk Weers**

Achternaam

---

M / V

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

---

Gezien (door assistente aankruisen)

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 grieprik?  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? \_\_\_\_\_