

Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten Praktijk IJsselhart

Achternaam

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

M / V

Gezien (door
assistente
aankruisen)

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.

- JA, ik geef WEL toestemming aan Praktijk IJsselhart 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 Praktijk IJsselhart 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 Praktijk IJsselhart, huisartsen E.D. Dijkstra-Weers en N.L. Westerink, Silene 2-B, 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
- van 16 tot 18 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

 Zo 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? nee ja

 Zo ja, welke thuiszorgorganisatie? _____