

Inschrijfformulier nieuwe patiënt



Huisartsen
Bakhuizen

Van harte welkom bij apotheehoudende huisartsenpraktijk "Huisartsen Bakhuizen". Om u te kunnen inschrijven als patiënt hebben wij uw gegevens nodig. Vul daarom onderstaand formulier zo zorgvuldig mogelijk in.

Voor ieder gezinslid een apart formulier invullen
datum_____

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____ Roepnaam: _____

Burgerlijke staat: _____ Geslacht: _____

Bent u tweeling: _____

Adresgegevens

Straatnaam: _____ Huisnummer: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnr.: _____ Mobiel: _____

E-mail: _____

Verzekeringsgegevens en BSN nummer

Naam zorgverzekering: _____ Verzekeringsnummer: _____

Burgerservicenummer: _____

Gegevens vorige huisarts

Naam praktijk: _____

Naam huisarts: _____ Woonplaats: _____

E-mail: _____

Gegevens vorige apotheek

Naam:

Woonplaats:

E-mail:

Medische gegevens:

Gebruikt u ook medicatie

0 ja

0 nee

Zo ja welke?

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/
voedingssupplementen? (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten,
vitaminepreparaten, Sint Janskruid etc.)

Met welke ziektes en/of aandoeningen bent u bekend?

Krijgt u een griepvaccinatie?

0 ja

0 nee

Zo ja waarom

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de
hoogte moet zijn?

Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

Voor vrouwen

Bent u zwanger?

0 ja

0 nee

Zo ja, welke datum bent u uitgerekend?

Leefstijl:

Rookt u?

0 ja

0 nee

Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag/ per week?

Gebruikt u alcohol? 0 ja 0 nee

Zo ja, hoeveel consumpties per dag/per week?

Gebruikt u drugs? 0 ja 0 nee

Zo ja, welke?

Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. Wil u deze opvragen bij uw vorige huisarts en/of apotheek en doorsturen of afgeven bij onze praktijk?

Medische gegevens opgevraagd bij mijn vorige apotheek? 0 ja 0 nee

Medische gegevens opgevraagd bij mijn vorige huisarts? 0 ja 0 nee

Geeft U toestemming voor het LSP, zodat uw medische gegevens door andere zorgverleners kunnen worden uitgewisseld? (zorgverleners in de weekenden, avonden en feestdagen)

0 ja, ik geef toestemming om al mijn gegevens via LSP beschikbaar te stellen voor raadplegen door andere zorgverleners

0 nee, ik geef geen toestemming om mijn gegevens via het LSP beschikbaar te stellen voor raadplegen door andere zorgverleners

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.

Datum:

Handtekening: