

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Randwijck

Geachte heer, mevrouw,

Om u van optimale zorg te kunnen voorzien hebben wij enkele gegevens van u nodig. Zou u alstublieft dit formulier zo volledig mogelijk willen invullen? Als u vragen hebt hierover kunt u zich wenden tot onze assistentes. Indien u ergens ruimte te kort heeft, kunt u dit verder aanvullen in de ruimte "overige opmerkingen" op de laatste pagina.

Persoonsgegevens			
achternaam		voorletters	
meisjesnaam		roepnaam	
geboortedatum		geslacht	
burg. staat			
Adresgegevens			
straatnaam		huisnr.	
woonplaats		postcode	
e-mail			
telefoon			
Verzekering en BSN			
Naam zorgverzekeraar			
Polisnummer			
Burger Service Nummer			

Gegevens vorige huisarts			
naam		telefoon	
adres/plaats			
Hierbij verzoek ik mijn vorige huisarts mijn medische gegevens over te dragen aan mijn nieuw huisarts			
handtekening		datum	

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Randwijck

Gegevens huidige apotheek			
naam		telefoon	
adres/plaats			
Wij werken intensief samen met de Randwijck apotheek, wilt u deze apotheek als uw nieuwe apotheek nemen?		☐ ja	☐ nee

Medicatiegegevens		Welke medicijnen gebruikt u?	
medicijn		dosering (aantal mg)	aantal per dag/week

Overgevoeligheden		Bent u ergens allergisch voor?
☐ penicilline / andere antibiotica ☐ andere medicijnen ☐ overig (graag toelichten)	☐ latex / pleisters ☐ Jodium	

Voorgeschiedenis		Van welke aandoeningen / ziektes heeft (of had) u last?	
graag hieronder aangeven			
- - - - -	- - - - -		

Operaties			
soort operatie	jaartal	ziekenhuis/specialist	

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Randwijck

Familiaire aandoeningen	Welke ziekten komen er in uw familie voor?
☐ hoge bloeddruk ☐ hoog cholesterol ☐ hartaanval ☐ beroerte ☐ suikerziekte	☐ darmkanker ☐ borstkanker ☐ prostaatkanker ☐ andere vorm van kanker ☐ nierziekte
☐ overige (graag toelichten)	

Chronische aandoeningen	Werd u in uw vorige praktijk behandeld door de praktijkondersteuner?
☐ nee ☐ ja, voor suikerziekte ☐ ja, voor hart-vaatproblemen	☐ ja, voor astma / COPD ☐ ja, voor ouderenzorg ☐ ja, voor psychische problemen

Leefstijl			
Rookt u?	☐ nee	☐ ja, ±	sigaretten per week
Drinkt u alcohol?	☐ nee	☐ ja, ±	drankjes per week

Privacy		
Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het Landelijk Schakelpunt (LSP).	☐ ja	☐ nee
<i>Hiermee kunnen indien noodzakelijk uw belangrijkste medische gegevens gedeeld worden met andere behandelaars, zoals de huisartsenpost, apotheek of het ziekenhuis.</i> <i>Meer informatie: www.volggezorg.nl</i>		
Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mij per e-mail te benaderen voor tevredenheidsonderzoek.	☐ ja	☐ nee
<i>Als u toestemming geeft, krijgt u ongeveer een keer per jaar een elektronische enquête die ons helpt onze service te verbeteren. Dit wordt verzorgd door het bedrijf Qualiview, welke de door u gegeven antwoorden anoniem verwerkt. Zij hebben uiteraard geen toegang tot uw medische gegevens.</i>		
Onze volledige privacyverklaring is te vinden op onze website		

Kinderen		
Indien u zich inschrijft samen met uw minderjarige kind(eren) én u duurzaam gescheiden leeft van de andere ouder, graag de gegevens van de andere gezaghebbende ouder:		
naam	adres	telefoonnummer

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Randwijck

Waarschuwen in geval van nood		Belangrijke contactpersonen
naam	relatie	telefoonnummer
☐		
☐		
☐		

☐ aanvinken als deze persoon voor u mag spreken/beslissen wanneer u dat zelf niet kunt

Behandelbeperkingen	Gelden er bij u behandelbeperkingen?
☐ nee ☐ ja, niet-reanimeren	☐ ja, geen intensive care / beademing ☐ ja, geen ziekenhuisopname
☐ ja, overig (graag toelichten):	

Euthanasieverklaring	Heeft u een euthanasieverklaring?
☐ nee	☐ ja

Overige opmerkingen	Andere dingen die de huisarts van u moet weten

In te vullen door de assistente			
identificatie	paspoort	rijbewijs	id-kaart
Praktijk			
GGR/ROL	WIT/LOI	DAA/LOE	DUN/ROL