**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Haastrecht
Huisartsen P.W. Stolk en W.M.M. Sturkenboom**

|  |
| --- |
| **Persoonlijke gegevens**  |
| Achternaam: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: |  M / V |
| Beroep: |  |
| Burgerlijke staat: |  |
|  |
| **Adresgegevens** |
| Straatnaam+ huisnummer: |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| mobiel: |  |
| E-mail: |  |
|  |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** |
| Naam zorgverzekeraar: |  |
| Verzekeringsnummer: |  |
| BurgerServiceNummer: |  |
|  |
| **Geeft u toestemming voor het opvragen van medische gegevens bij de vorige huisarts en apotheek?** Ja nee (\*omcirkelen) Handtekening ……………………………………………………Graag verwijzen wij u naar onze website https://haastrecht.huisarts-plus.nl/privacyreglement/ voor onze privacyverklaring. Hierin wordt beschreven hoe wij omgaan met uw medisch gegevens en wat uw rechten hierin zijn.  |
| **Gegevens vorige huisarts**  |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| **Gegevens vorige apotheek**  |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |

|  |
| --- |
| **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?** |
| (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint- jans kruid) |
| **Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** |
| Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen? |
| Zo ja: welk geneesmiddel geeft problemen: |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?** Ja / nee \*omcirkelen  |
|  |
| **Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?** |
|  | Bij u: | Bij familie: |
| Suikerziekte: |  Ja / nee \*omcirkelen | Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Hart/vaatziekte/Hoge bloeddruk: |  Ja / nee \*omcirkelen | Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Nierziekte: |  Ja / nee \*omcirkelen | Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Astma of COPD: |  Ja / nee \*omcirkelen | Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Epilepsie: |  Ja / nee \*omcirkelen |  Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Psychische ziekte |  Ja / nee \*omcirkelen |  Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Andere ziekten: |  Ja / nee \*omcirkelen |  Ja / nee / onbekend \*omcirkelen |
| Andere ziekten? | Bij u: | Bij Familie: |
| **Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor? Zo ja, welke?** |
| **Krijgt u een griepvaccinatie**? Ja / nee \*omcirkelen Zo ja, waarom: |
| **Bent u onder behandeling van een specialist?** Ja / nee \*omcirkelen Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis:  |
| **Bent u wel eens geopereerd?** Ja / nee \*omcirkelen Zo ja, waaraan en wanneer?  |
| **Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?** Ja / nee \*omcirkelen  |
| **Bent u zwanger of recent zwanger geweest?** Ja / nee \*omcirkelen  |
| **Zijn er nog onderwerpen, waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?** |

**Toestemmingsformulier LSP**VZVZ (vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie)

Uw huisarts en apotheek mogen uw medische gegevens alleen delen met andere zorgverleners als u hen daarvoor toestemming heeft gegeven. En andere zorgverleners mogen uw gegevens alleen opvragen als dat nodig is voor uw behandeling.

Vindt u het goed dat een waarnemend huisarts, een apotheek of medisch specialist uw actuele medische (apotheek) gegevens kan opvragen als dat nodig is voor uw behandeling?
Geef dan uw huisarts en apotheek toestemming uw gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Dit kunt u via dit formulier doen (omcirkelen).

Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijk partij (zie [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl/)).

Nee, ik ga niet akkoord.

Naam:…………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum: ……………...………………………Handtekening:…………………………

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u onderstaande invullen.

Ja, voor mijn kinderen tot 12 jaar geef ik toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.

Kind(eren) waarvoor ik de toestemming verleen:
Naam/ namen en geboortedatum(s):
……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

Ja, voor mijn kinderen vanaf 12 tot 16 jaar geef ik toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.
Naam/ namen en geboortedatum(s):  **+ Paraaf kind:**
…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….
…………………………………………………………………………………………………….
…………………………………………………………………………………………………….

Datum van vandaag:…………………………………………………………………………….

U dient zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs, wanneer u voor het eerst bij de huisartsenpraktijk Haastrecht komt, zonder deze controle mogen wij u helaas niet helpen.