**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Haastrecht
Huisarts A.H. Wibbelink – Kind <16 jaar**

|  |
| --- |
| **Persoonlijke gegevens**  |
| Achternaam: |  |
| Voornaam: |  |
| Voorletter(s): |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geslacht: |  M / V |
| Wie heeft/ hebben het ouderlijk gezag over u?Naam/ namen: Geboortedatum(s):Telefoonnummer(s):  |
| **Adresgegevens** |
| Straatnaam+ huisnummer: |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| 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:  |
| **Heeft u een (chronische) ziekte of komt er een (chronische) ziekte in de familie voor? Zo ja, welke?** |
| **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  |
| **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 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).

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

Naam/ namen (van diegene(n) met het ouderlijk gezag):……………………………………….…………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum(s): ……………...………………………Handtekening(en)……………………..
…………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………...

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 (zie [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl/)).

Kind waarvoor ik/ wij de toestemming verleen(en):
Naam en geboortedatum:
……………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

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 en geboortedatum:  **+ 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.