**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Westerschenge**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam:   |   |
| Voorletters:   |   |
| Roepnaam:   |   |
| Geboortedatum:   |   |
| Geslacht:   | M / V  |
| Beroep |  |
| Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID  | ja / nee  |
| Heeft u één of meer kinderen < 18 jaar? En zo ja: wie heeft het ouderlijk gezag?  |  |
| Telefoonnummer van andere ouder:  |  |
| Beide gezaghebbende ouders zijn op de hoogte en accoord met inschrijving:  |  |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Adres:   |   |
| Telefoonnummer:   |   |
| Mobiel nummer:   |   |
| Emailadres:   |   |

**Verzekeringsgegevens en BSN-nummer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar:   |   |
| Polisnummer:   |   |
| BurgerServiceNummer:   |   |

**Bent u** **overgevoelig** **of** **allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**

**(*Bijvoorbeeld antibiotica*)**

○ nee

○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Geneesmiddel en/of hulpstof Bijwerking*

**Gebruikt u medicijnen?**

○ nee

○ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

***Naam geneesmiddel Hoeveel mg Gebruik per dag of per week***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**

Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

○ nee

○ ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

|  |
| --- |
|   |
|   |

**Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Bij u zelf**  | **in uw familie**  |
| Suikerziekte  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Hart/vaatziekten  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| -hoge bloeddruk  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| -hoog cholesterol  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| -beroerte (CVA of TIA)  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| -hartproblemen  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| -vaatproblemen (etalagebenen)  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Nierziekte  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Astma of COPD  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Eczeem, hooikoorts, allergie  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Maag-darmziekte  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Darmkanker  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Borstkanker  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Andere vorm van kanker  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Epilepsie  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
| Andere ziekten die van belang kunnen zijn  | ○ nee ○ ja  | ○ nee ○ ja  |
|   |   |   |

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

○ nee

○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*

|  |
| --- |
|   |

**Krijgt u een griepvaccinatie?**

○ nee

○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarom?*

|  |
| --- |
|   |

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

○ nee

○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist Naam van ziekenhuis*

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**Bent u wel eens geopereerd?**

○ nee

○ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

 *Waaraan geopereerd? Wanneer geopereerd?*

**Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?**

**○** nee

**○** ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wanneer gebeurde het ongeval ?*

*Wat voor ongeval precies?*

*Eventueel blijvende gevolgen?*

**Heeft u een Farmacogenetisch paspoort laten opstellen?**

(Dat heet ook wel een DNA paspoort Farmacogenetica. Hierin staan de uitkomsten van DNA onderzoek, specifiek gericht op de afbraak van geneesmiddelen)

0 ja

0 nee

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

○ nee

**○** ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

|  |
| --- |
|   |
| **Leefstijl** **Rookt u?** Gebruikt u alcohol? Ja/nee Hoeveel?Gebruikt u drugs? Ja/nee Hoeveel?  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Checks door de praktijk**  | **Datum**  | **Paraaf**  |
| Dossier ingevoerd in HIS  |   |   |
| Medicatie, allergieën en contra indicaties opgenomen in medicatiedossier  |   |   |
| COV  |   |   |
| ION  |   |   |
| Verificatie door huisarts  |   |   |
| Toestemming LSP verwerkt  |   |   |

**Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:   |   |
| Adres:   |   |

**Gegevens vorige apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:   |   |
| Adres:   |   |

**Toestemming opvragen en verstrekken gegevens**

1. Hierbij verleen ik toestemming aan mijn vorige huisarts / apotheek om mijn gegevens te versturen

naar huisartsenpraktijk Westerschenge in Lewedorp.

Veilige mail: apotheekassistenteverbruggeeversdijk@zorgmail.nl

Naam:

Geboortedatum:

 Datum: Handtekening:

# Toestemmingsformulier

**Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP**

|  |  |
| --- | --- |
|  **JA** Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’.  |  **NEE** Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’.  |

## Gegevens huisarts of apotheek

|  |  |
| --- | --- |
| **Voor welke zorgverlener regel je toestemming?**  | * **mijn huisarts**
* **mijn apotheek**
 |

|  |
| --- |
|  **Naam:**   |
|  **Adres:**   |
|  **Postcode en plaats:**   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:**  |  | **Voorletters:**  |    |  **M**  |  **V**  |
| **Adres:**  |  |  |  |  |  |
| **Postcode en plaats:**  |  |  |  |  |  |
| **Geboortedatum:**  |  | **Handtekening:**  |  |  |  |
|  |  | **Datum:**  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |

**Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten**

**Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?**

* Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
* Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:**  |  | **Voorletters:**  |    |  **M**  |  **V**  |
| **Geboortedatum:**  |  | **Handtekening:**  |    |  **JA**  |  **NEE**  |
|  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |   |  |  |