**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](mailto: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** | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |