



## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk De Groene Kernen

### Persoonsgegevens

Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Dit formulier zorgvuldig in te vullen en in te leveren bij de praktijk. Neem een geldig identiteitsbewijs mee.
- Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek.

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk.

U kunt het formulier “veilig” mailen naar [huisartsenpraktijkdegroenekernen@zorgmail.nl](mailto:huisartsenpraktijkdegroenekernen@zorgmail.nl) of afgeven in de praktijk.

### Locatie Westbroek

Kerkdijk 36a  
3615BE Westbroek

### Locatie Groenekan

Grothelaan 1a  
3737RK Groenekan

Meer info over o.a. openingstijden op [www.degroenekernen.nl](http://www.degroenekernen.nl)

*Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn.*

*Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.*

Achternaam:			
Voorletters:			
Roepnaam:			
Geboortedatum:		Geslacht:	M / V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?	Ja / Nee Ja / Nee / Niet bekend		
<i>Praktijkmedewerker: voer Identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID (invullen bij checks)</i>			

### Adresgegevens

Adres:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:			
Mobiel nummer:			
Emailadres:			



## Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

## Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	

## Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

## Gegevens nieuwe apotheek

Naam:	
Adres:	

## Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

- Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum:

Handtekening:

Wilt u de vorige huisarts laten weten dat u daar weg gaat?

## Privacy wetgeving

Onze huisartsenpraktijk heeft een privacyreglement. Wilt u weten wat dit precies inhoudt? U kunt dit document vinden op onze website [www.degroenekernen.nl](http://www.degroenekernen.nl).

## Medische gegevens

**Bent u overgevoelig, 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*

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>



**Gebruikt u medicijnen?**

- nee  
 ja (voeg dan een actueel medicatie overzicht van uw huidige apotheek toe)

**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?**

<b>Aandoening</b>	<b>Bij u zelf</b>	<b>in uw familie</b>
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere ziekten die van belang kunnen zijn (zo ja, vul hieronder in)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

*Naam ziekte/aandoening*

<b>Familie:</b>
<b>Uzelf:</b>

**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)

*Waarvoor 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?*

--	--	--

**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?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat rookt u?**Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Gebruikt u alcohol?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Wat drinkt u?**Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Gebruikt u drugs?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Welke drugs gebruikt u?**Hoeveel per dag/week?*

--	--

**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

- Standaard kindervaccinaties ja / nee
- Reizigersvaccinaties ja / nee
  - Zo ja welke:
- Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee
  - Zo ja welke:
- Griepvaccinatie ja / nee



---

<b>In te vullen door de praktijk</b>	<b>Datum</b>	<b>Paraaf</b>
Dossier ingevoerd in HIS		
Medicatie, allergieën en contra indicaties opgenomen in medicatiedossier		
COV		
ION		
Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		



# Toestemmingsformulier

## Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

JA

NEE

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)'.

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: .....

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M

V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

## 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

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M

V

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

JA

NEE

## Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening  
ouder of voogd: .....

Datum: .....

