

Huisartsenpraktijk Ruinerwold (apotheekhoudende huisartsenpraktijk)

Adres: Burgemeester Nijssinghweg 3, 7961 CT Ruinerwold

Telefoonnummer: 0522-481 237

Behandelovereenkomst - inschrijfformulier

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 en conformeert u zich aan onze praktijkvoering. 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.

Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:		Burger Service Nummer:	
Roepnaam:			
Geboortedatum:	- -	Geslacht:	M / V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder?		Ja / Nee	
Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?		Ja / Nee / Onbekend	

Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:		Mobiel nummer:	
Emailadres:			

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Zorgverzekeraar: UZOVI nr (indien bekend)		Polisnummer:	
---	--	--------------	--

Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres en plaats:	

Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

Toestemming voor het opvragen gegevens

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

Datum:	Handtekening:

Medische gegevens

Bent u overgevoelig, heeft u allergieën of bent u allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?

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

Geneesmiddel/hulpstof/anders:	Bijwerking/overgevoeligheid/allergische reactie:

Gebruikt u medicijnen op recept?

☐ nee ☐ ja (voegt u een actueel medicatieoverzicht bij vanuit uw apotheek of apotheekhoudende huisarts)

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:	

Welke vaccinaties heeft u gehad?

Standaard kindervaccinaties ☐ ja / ☐ nee
 Extra vaccinaties (bijv., Corona, hepatitis B, ...) ☐ ja / ☐ nee
 Zo ja welke:

Griepvaccinatie ☐ ja / ☐ nee
 Reizigersvaccinaties ☐ ja / ☐ nee
 Zo ja welke:

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)

Operatie :	Datum-jaartal:

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

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

Wat voor ongeval? 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

Wat is uw gewicht en lengte:

..... kg cm

Roken / vaperen ?

☐ nee ☐ nee, voorheen wel ☐ ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

<i>Wat rookt u:</i>	<i>Hoeveel per dag/week:</i>

Gebruikt u alcohol?

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

<i>Wat drinkt u:</i>	<i>Hoeveel per dag/week:</i>

Gebruikt u drugs?

☐ nee ☐ nee, voorheen wel (vul hieronder de relevante gegevens in) ☐ ja (vul de relevante gegevens in)

<i>Welke drugs gebruikt(e) u:</i>	<i>Hoeveel per dag/week:</i>

Verkeersdeelname; bent u bestuurder van een voertuig

☐ nee

☐ ja; auto / motor / bromfiets / scootmobiel /

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 (doorstrepen bij geen toestemming)

☐ mijn apotheek (doorstrepen bij geen toestemming)

Naam: Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Ruinerwold

Adres: Burgemeester Nijsinghweg 3

Postcode en plaats: 7961 CT RUINERWOLD

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

Voor welk kind wilt u de 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 kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening ouder of voogd: Datum: