

Hartelijk welkom bij onze praktijk!

Met het ondertekenen van dit formulier gaat u akkoord met inschrijving bij ons in de praktijk, onderaan deze brief vindt u meer informatie over de voorwaarden\* hiervan. Vul onderstaand formulier volledig in samen met een kopie van uw ID, en lever het formulier bij ons in. Dat mag digitaal of aan de balie. Vergeet u niet af te melden bij uw oude huisarts, anders mogen ze uw dossier niet doorsturen naar ons. Uw inschrijving neemt 2 weken in beslag.

Bedankt voor uw vertrouwen in ons!

Hierbij schrijf ik mij in bij **Huisartspraktijk ZeistWest**

Voornaam:	<b>M</b>	<b>V</b>	Voorletters:
Achternaam:			Geboortedatum:
Adres:			Postcode:
Woonplaats:			Vaste telefoon:
Mobiele telefoon:			E-mail:
BSN (= sofinummer):			Paspoort- of rijbewijsnummer:
Naam Zorgverzekeraar:			Polisnummer:
Mijn moedertaal is:		Ik heb moeite met lezen en/of schrijven	/

Beschrijf uw gezinssituatie:

Beschrijf uw werk, studie of dagelijkse bezigheid. Was u (ooit) arbeidsongeschikt? Beschrijf dat dan ook:

<b>Naam vorige huisarts:</b>		Vestigingsplaats:	
Adres:		Telefoon:	
<b>Naam vorige apotheek:</b>		Vestigingsplaats:	
Nieuwe apotheek:	<input type="radio"/> Apotheek De Clomp	<input type="radio"/> anders, nl.	
<b>Reden van inschrijving:</b>	<input type="radio"/> verhuizing/afstand	<input type="radio"/> probleem/geschil met vorige huisarts/overig	
Datum:		Handtekening:	

Datum: \_\_\_\_\_



Naam:  dhr  mw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Contactpersoon bij ernstige calamiteiten: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### IK HEB:

- suikerziekte
- longziekte
- hoge bloeddruk
- hartaandoeningen
- gewrichtsklachten
- schildklierziekten
- nieraandoeningen
- beroerte
- hooikoorts
- kanker
- psychiatrisch verleden
- anders, nl.

Specificeer de aandoening/beschrijf uw medicatie

SINDS JAAR

### Uitgevoerde OPERATIES:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### ALLERGIEËN:

### OVERIGE GEGEVENS EN OVERIGE RISICOFACTOREN:

**lengte**                      cm                      **gewicht**                      kg

Ruimte voor toelichting

Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte?                      /

Rookt u?                      /

Heeft u ooit gerookt?                      /

Gebruikt(e) u ooit drugs?                      /

Drinkt u alcohol?                      /

Heeft u een speciale/gevaarlijke hobby?                      /

Werkt(e) u ooit met gevaarlijke stoffen?                      /

Doet u aan sportbeoefening?                      /

Kreeg u jaarlijks een griepvaccinatie bij uw vorige huisarts?                      /

Bent u als kind volledig gevaccineerd?                      /

Wilt u gereanimeerd worden?                      /

Heeft u een donorcodocil?                      /

Geloof (bv. Jehova's Getuigen m.b.t. bloedtransfusies): \_\_\_\_\_

Gebruikt u (hormonale) anticonceptie? (Alleen voor vrouwen)  pil  spiraal  implanon  ring  pleister

### Heeft ooit één van de volgende onderzoeken bij u plaatsgevonden? (Alleen voor vrouwen)

Uitstrijkje van de baarmoedermond                      /                      Waren er bijzonderheden?

Röntgenfoto's van de borsten                      /                      Waren er bijzonderheden?

### IK GEBRUIK DE VOLGENDE MEDICIJNEN:

sterkte in mg.

dosering (bv. 1x per dag)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Gebruikt u meer medicatie? Dan verzoeken wij u een los medicatieoverzicht bij te voegen.

### Vitaliteit in Zeist

# LSP toestemmingsformulier m.b.t. het elektronisch uitwisselen van uw medische gegevens

Formulier 3



HUISARTSPRAKTIJK  
**ZeistWest**

Met dit laatste formulier wordt expliciet uw toestemming gevraagd om wel of niet uw medische dossier open te stellen voor inzage in noodgevallen door een ziekenhuis, apotheker of (huisartsen)post. Sinds september 2013 is namelijk het Elektronische SchakelPunt (LSP) in gebruik genomen.

Als u toestemming heeft gegeven zijn alleen de volgende gegevens in te zien door een noodhulpverlener: uw naam, adres, geboortedatum, leeftijd, geslacht, uw medicatie, uw voorgeschiedenis, eventuele bekende allergieën en een overzicht van de laatste vier maanden of anders de laatste vijf contacten.

Hierbij verklaar ik,

Voornaam: \_\_\_\_\_  M  V Achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Invuldatum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

**JA**, ik geef **wel** toestemming aan mijn huisarts om in noodgevallen mijn medische gegevens te laten raadplegen door noodhulpverleners (zoals bijv. een ziekenhuis, apotheker of huisartsenpost).

**NEE**, ik geef **geen** toestemming aan mijn huisarts om in noodgevallen mijn medische gegevens te laten raadplegen door noodhulpverleners (zoals bijv. ziekenhuis, apotheker of huisartsenpost).

**Als u minderjarige kinderen heeft, moet u voor ieder kind een apart inschrijfformulier invullen!**

## \*Voorwaarden

Met het ondertekenen van dit formulier gaat u tot wederopzegging akkoord met inschrijving bij ons in de praktijk, onze alg. voorwaarden, ons praktijkreglement, onze privacyverklaring en onze privacymaatregelen (zoals o.a. beveiligd mailen), het verwerken van uw medische en persoonsgegevens, het verstrekken van deze gegevens aan derden ihkv recepten, declaraties, verwijzingen, medische hulpverlening, spoedzorg, opleiding of (medisch) onderzoek (zie website voor steeds de actuele stand van zaken). Tevens **geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw gehele en complete medische dossier bij uw vorige huisarts**. U kunt altijd weer van huisartsenpraktijk veranderen. Tot die tijd bewaren en beheren wij uw medische gegevens 20 jaar. Inschrijving kan alleen plaatsvinden door **een kopie van een geldig identiteitsbewijs** samen met **onderstaande 3 ingevulde formulieren** bij ons in te leveren.

Alvast hartelijk dank voor uw belangstelling en vertrouwen.

Met vriendelijke groet,  
huisartspraktijk ZeistWest.

## Een volledige inschrijving =

Formulier 1

Formulier 2

Formulier 3

+ een kopie identiteitsbewijs

Bv. paspoort, identiteitskaart of rijbewijs