

INSCHRIJFFORMULIER

Dorpsstraat 93
2761AA Zevenhuizen

0180-631783 (praktijk)
0180-328003 (spoedlijn)

info@huisartsvanbreugel.nl
huisartsvanbreugel.nl

HUISARTSPRAKTIJK

van Breugel

Wanneer u zich als patiënt inschrijft is het belangrijk voor ons dat wij informatie over uw gezondheid hebben. Daarom vragen wij u dit inschrijfformulier voor elk gezinslid in te vullen en samen met een kopie of foto van de identiteitskaart of paspoort en een kopie van uw verzekeringsbewijs van uw zorgverzekeraar naar de praktijk te sturen of naar info@huisartsvanbreugel.nl te mailen. Heeft u meer inschrijfformulieren nodig? Bel of mail de praktijk, wij zenden u deze zo spoedig mogelijk toe.

U kunt zich ook op onze website huisartsvanbreugel.nl inschrijven. Kies in het menu voor de optie **Patiënt worden**. Daar vindt u het online inschrijfformulier.

Als u behoefte hebt aan een kennismakingsgesprek, kunt u daarvoor bij de assistente een afspraak maken. Wij heten u van harte welkom op de praktijk.

Algemene gegevens

Achternaam en Voorletters	Roepnaam	
Geboortedatum	Burgerservice nummer	
Adres	Postcode	
Woonplaats	Geslacht M / V	Beroep
Emailadres	Zorgverzekeraar en verzekerdenummer	
Telefoonnummer thuis	Telefoonnummer mobiel	
Naam en woonplaats vorige huisarts	Datum en Handtekening	

Hierbij verklaar ik als patiënt te willen worden ingeschreven bij huisarts W. van Breugel. Ik geef huisarts W. van Breugel toestemming om de overdracht van mijn medische gegevens te laten verzorgen en mijn gegevens op te vragen bij mijn oude huisarts. Bij kinderen onder de 18 jaar tekenen de ouders of de voogd.

MEDISCHE GEGEVENS

- Bent u allergisch? nee ja voor _____
- Rookt u? nee ja _____ sigaretten/anders per dag
- Gebruikt u alcohol? nee ja _____ glazen per dag
- Krijgt u een griepvaccinatie? nee ja vanwege _____

Komen de volgende ziekten voor	bij u	in uw familie	namelijk bij
Suikerziekte	nee/ja	nee/ja	_____
Hart- of vaatziekte	nee/ja	nee/ja	_____
Nierziekte	nee/ja	nee/ja	_____
Hoge bloeddruk	nee/ja	nee/ja	_____
Epilepsie	nee/ja	nee/ja	_____
COPD of Astma	nee/ja	nee/ja	_____
Verhoogd Cholesterol	nee/ja	nee/ja	_____
Kanker	nee/ja	nee/ja	_____
Psychische stoornis	nee/ja	nee/ja	_____

- Wordt u behandeld door een specialist? nee ja voor _____ door _____
- Belangrijke operatie ondergaan? nee ja _____ vanwege _____
- Ongeval gehad? nee ja _____ in _____
- Blijvend letstel na ongeval? nee ja _____
- Gebruikt u medicijnen? nee ja voor _____

Naam medicijnen	hoeveel mg	gebruik	bijzonderheden
_____	_____	___ x daags	_____
_____	_____	___ x daags	_____
_____	_____	___ x daags	_____
_____	_____	___ x daags	_____

Huidige ziekten: _____

- Voelt u zich in het algemeen gezond? ja nee omdat _____
- Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts dat weet of dat u graag met de huisarts wilt bespreken? nee ja namelijk _____
- _____

TOESTEMMING VOOR HET ELEKTRONISCH BESCHIKBAAR STELLEN VAN UW MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP (LANDELIJK SCHAKELPUNT)

Ik geef **wel/geen** (doorhalen wat niet van toepassing is) toestemming voor het elektronisch beschikbaar stellen van mijn medische gegevens via het LSP (Landelijk Schakelpunt). Voor kinderen tot 12 jaar beslissen de ouders/voogd. Bij kinderen tussen de 12 en 16 tekenen het kind en de ouders of voogd. Kinderen boven de 16 jaar tekenen zelf. Voor meer informatie over het LSP en het beschikbaar stellen van uw medische gegevens verwijzen wij naar onze website.

Datum en Handtekening(en) _____

Naam ouder/voogd _____