

Inschrijfformulier

Toelichting: Dit inschrijfformulier bestaat uit 11 vragen en is voor een persoon met maximaal twee kinderen jonger dan 16 jaar. Wilt u meer personen inschrijven of is de tweede inschrijving een persoon ouder dan 16 jaar, wilt u dan om een extra inschrijfformulier vragen?

Wilt u alle vragen naar juistheid beantwoorden? U kunt het ingevulde formulier inleveren bij een van onze medewerkers aan de receptie, zij zullen vragen om uw identiteitsbewijs en uw verzekeringspasje ter controle van de door u ingevulde gegevens. Na controle kunnen wij uw inschrijving verwerken. Dank voor uw medewerking.

1. Gegevens nieuwe patiënt

| | |
|--|--|
| Achternaam en voorletters | |
| Roepnaam | |
| Meisjesnaam | |
| Geboortedatum | |
| Adres | |
| Postcode en woonplaats | |
| Telefoon (privé/mobiel) | |
| E-mailadres | |
| Burgerlijke staat | |
| Naam oude apotheek | |
| Naam nieuwe apotheek | |
| Burgerservicenummer | |
| Soort identiteitsbewijs en ID nummer | |
| Naam en aansluitnummer zorgverzekering | |

2. Gegevens eventuele gezinsleden jonger dan 16 jaar

| | |
|--|--|
| Achternaam en voorletters | |
| Roepnaam | |
| Meisjesnaam | |
| Geboortedatum | |
| Adres | |
| Postcode en woonplaats | |
| Telefoon (privé/mobiel) | |
| E-mailadres | |
| Burgerlijke staat | |
| Naam oude apotheek | |
| Naam nieuwe apotheek | |
| Burgerservicenummer | |
| Soort identiteitsbewijs en ID nummer | |
| Naam en aansluitnummer zorgverzekering | |

| | |
|--|--|
| Achternaam en voorletters | |
| Roepnaam | |
| Meisjesnaam | |
| Geboortedatum | |
| Adres | |
| Postcode en woonplaats | |
| Telefoon (privé/mobiel) | |
| E-mailadres | |
| Burgerlijke staat | |
| Naam oude apotheek | |
| Naam nieuwe apotheek | |
| Burgerservicenummer | |
| Soort identiteitsbewijs en ID nummer | |
| Naam en aansluitnummer zorgverzekering | |

3. Bent u of een van uw gezinsleden eerder patiënt geweest bij een van de huisartsen van gezondheidscentrum Noord?

JA / NEE *

Zo ja, in welke periode (jaartal) en bij welke huisarts?

| |
|--|
| |
|--|

Wat was destijds uw reden van vertrek?

| |
|--|
| |
|--|

4. Wie is uit huidige huisarts?

| | |
|---------------|--|
| Naam huisarts | |
| Adres | |
| Postcode | |
| Woonplaats | |

Wat is de reden dat u bij uw huidige huisarts weg wenst te gaan ?

| |
|--|
| |
|--|

5. Krijgt u op dit moment extra begeleiding van de praktijkondersteuner voor diabetes, longaandoeningen of verhoogde bloeddruk?

JA / NEE *

Wanneer bent u voor het laatst bij uw huidige praktijkondersteuner geweest?

| |
|--|
| |
|--|

6. Bent u of kinderen jonger dan 16 jaar op dit moment onder behandeling van een specialist? (Ziekenhuis, GGZ, etc.)

JA / NEE *

Zo ja, bij wie en welke instantie?

uzelf

| Naam arts/behandelaar | Instantie |
|-----------------------|-----------|
| | |

| Naam kind | Arts/behandelaar | Instantie |
|-----------|------------------|-----------|
| | | |
| | | |

7. Gebruikt u op dit moment medicatie?

JA / NEE *

Zo ja, vult u hieronder de naam van het middel in, de dosering en het aantal keer per dag dat u dit middel gebruikt. Indien mogelijk medicatieoverzicht toevoegen. Dit is te verkrijgen bij uw huidige apotheek

| Naam medicatie | Dosering | Frequentie per dag |
|----------------|----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Indien van toepassing, medicatiegebruik kinderen jonger dan 16 jaar:

Naam en geboortedatum:

| Naam medicatie | Dosering | Frequentie per dag |
|----------------|----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Naam en geboortedatum:

| Naam medicatie | Dosering | Frequentie per dag |
|----------------|----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

8. Toestemming (*Aanvinken wat van toepassing is*)

Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de informatiebrochure vermeld.

Nee, ik ga niet akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure vermeld.

Toestemmingsverklaring bij kinderen:

Ja, voor mijn kinderen jonger dan 12 jaar en/of kinderen tussen de 12 en 16 jaar ga ik akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de informatiebrochure vermeld. De kinderen waarvoor ik de toestemming verleen zijn:

| | |
|-------|----------------|
| Naam: | Geboortedatum: |
| Naam: | Geboortedatum: |

Kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen overeenkomstig wettelijke eisen ook een eigen formulier in te vullen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in.

9. Online account (aanvinken wat van toepassing is.

Wij adviseren u gebruik te maken van een online patiëntenomgeving, wij maken voor u een account aan met bovenstaand email adres . Met dit account kunt u vervolgens online afspraken kunt inplannen met uw huisarts, vragen stellen aan uw huisarts, uw online dossier inzien en herhaalrecepten aanvragen.

U kunt gebruik maken van dit account zolang zolang u bij ons in de praktijk patiënt bent.

Ja, ik ga akkoord met het aanmaken van een online account

Nee, ik ga niet akkoord met het aanmaken van het online account

10. Informatie over medisch dossier aan derden (buiten WGBO)

Indien u als ingeschreven patiënt akkoord gaat met het delen van informatie van medische aard aan een familielid of kennis, dan moet u dit **zelf** hieronder aangeven. Vanwege de wet op privacy registreren wij de naam en geboortedatum van het familielid/kennis waaraan u toestemming geeft in uw medisch dossier. Conform deze privacywetgeving zal de praktijkassistente iedere keer wanneer dit familielid/kennis informatie van medische aard over u opvraagt om de naam en geboortedatum vragen.

Hierbij geef ik (patiënt vermeld bij 1 en alle gezinsleden) toestemming om informatie van medische aard te delen met:

| | |
|----------------|--|
| Naam: | |
| Geboortedatum: | |
| Relatie: | |

Tweede familielid/kennis:

| | |
|----------------|--|
| Naam: | |
| Geboortedatum: | |
| Relatie: | |

Derde familielid/kennis:

| | |
|----------------|--|
| Naam: | |
| Geboortedatum: | |
| Relatie: | |

11. Ondertekening

Met ondertekening van dit formulier geeft u toestemming dat wij, uw medische gegevens en die van uw eventuele gezinsleden vermeld op dit formulier, op mogen vragen bij uw huidige huisarts

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Patiënt zelf, ouder dan 16 jaar• Ouder/verzorger/wettelijk vertegenwoordiger patiënt jonger dan 12 jaar: | |
|---|--|

Indien op dit inschrijfformulier kinderen vermeld staan ouder dan 12 jaar *dienen zij overeenkomstig wettelijke eisen dit inschrijfformulier óók te ondertekenen.*

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Patiënt tussen de 12 en 16 jaar: | |
|--|--|