

BELJAARTROOD

HUISARTSEN PRAKTIJK

Kloosterpad 11, 5104 JT Dongen - www.beljaartrood.nl

Inschrijfformulier

Voorletters en Achternaam:.....

Roepnaam:.....

Geslacht:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Postcode:.....

Telnr. thuis:.....

Mobiel Telnr. (Nodig voor MGN):.....

E-mail adres (Nodig voor MGN):.....

BSN:

Zorgverzekeraar + verzekeringsnummer:

Vorige Apotheek (Naam en Plaats):

Naam vorige huisarts + Plaats + Telnr.:

.....

Indien wenselijk kunt u een naam en telefoonnummer van een contactpersoon opgeven:

Naam:Telnr.:.....

Gewenste datum van inschrijving:.....

Woonverband: alleenwonend / samenwonend / gehuwd / gescheiden / weduwe / weduwnaar

Indien samenwonend /gehuwd, naam en geboortedatum partner:

.....

Heeft u kinderen: JA [] / NEE [] indien ja, hoeveel thuiswonend?:

Gezondheid en ziekten

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? JA [] / NEE []

Indien ja: waarom en bij welk specialisme?

-
-

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

- **Suikerziekte:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:
- **Hoge bloeddruk:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:
- **Hart en vaatziekten:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:
- **Psychische klachten:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:.....
- **Lever- en/of darmziekten:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:.....
- **Schildklierziekten:** JA [] / NEE [] → zo ja: sinds:.....
- **Andere ernstige ziekten:**

.....
.....

- **Operaties:**
.....
.....

Gebruikt u geneesmiddelen? JA [] / NEE []

Indien ja: welke en in welke dosering:.....
.....

Bent u allergisch / overgevoelig? JA [] / NEE []

Indien ja: waarvoor?:(geneesmiddel / stof)

Rookt u? JA [] / NEE [] Indien ja: hoeveel per dag?

.....

Kreeg u via uw vorige huisarts een griepspuit? JA [] / NEE []

Ziekten in familie

- Suikerziekte? JA [] / NEE []
- Hart en vaatziekte? JA [] / NEE []
- Kanker? JA [] / NEE []

Indien ja, welke soort kanker, op welke leeftijd en bij wie?

.....
.....

Zijn er nog bijzonderheden in het verleden of heden die u wilt vermelden?
(zoals overlijden partner / kind, seksueel misbruik of andere ernstige zaken)

.....

Wist u dat u met Mijngezondheid.net (MGN) 24 uur per dag, 7 dagen per week online zorgzaken kan regelen bij u huisarts of apotheek.

Zo kunt u bijv. online een afspraak maken, herhaalmedicatie bestellen of een bericht sturen naar u huisarts.

Aanmelden voor MGN (mijn Gezondheid.net): JA [] / NEE []

Handtekening: (Hierbij geeft u akkoord voor dossier overdracht / inschrijving en indien aangekruist MGN.)

Handtekening

BIJ RETOURNEREN INSCHRIJFORMULIEREN s.v.p.

- KOPIE LEGITIMATIEBEWIJS EN
- KOPIE VERZEKERINGPAS TOEVOEGEN +
- INGEVULD EN ONDERTEKEND TOESTEMMINGS FORMULIER:
VOLG JE ZORG.

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: Huisartsenpraktijk Beljaart Rood

Adres: Kloosterpad 11

Postcode en plaats: 5104 JT Dongen

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 kind:** _____ JA NEE

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V

Geboortedatum: _____ **Handtekening kind:** _____ JA NEE

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

Handtekening ouder of voogd: _____ **Datum:** _____

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.