

## **INSCHRIJFFORMULIER**

### **Persoonsgegevens (per persoon 1 formulier invullen)**

Familienaam : \_\_\_\_\_  
Meisjesnaam : \_\_\_\_\_  
Voorletters : \_\_\_\_\_  
Roepnaam : \_\_\_\_\_  
Man/Vrouw : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_ Noordwijk  
Email : \_\_\_\_\_

Telefoonnr thuis : \_\_\_\_\_ geheim ja/nee  
Telefoonnr mobiel : \_\_\_\_\_  
BSN : \_\_\_\_\_  
**Nieuwe huisarts** : \_\_\_\_\_  
Datum inschrijving : \_\_\_\_\_

### **Woont er op hetzelfde adres als u een partner/gezinslid die al bij ons is ingeschreven?**

Indien ja:

Naam : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Naam huisarts : \_\_\_\_\_

NB: als u bent gaan samenwonen met iemand, die al ingeschreven staat bij het Wantveld, is het handig om voor dezelfde huisarts te kiezen.

### **Welke apotheek wilt u? (zet een kruisje achter de apotheek die u kiest)**

Duinrand apotheek : \_\_\_\_\_  
Apotheek aan Zee : \_\_\_\_\_  
Apotheek Noordwijk Binnen: \_\_\_\_\_

### **Hoe bent u verzekerd? (doorkruisen wat niet van toepassing is)**

Hoofdbetaler : \_\_\_\_\_  
Naam verzekering : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en Plaats : \_\_\_\_\_  
Inschrijfnummer : \_\_\_\_\_

**Vorige huisarts :** \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_

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

### **In te vullen door de centrumassistente:**

**Soort identiteitsbewijs:**

**Nummer:**

**MEDISCHE GEGEVENS** (omcirkel wat van toepassing is)

Heeft u ooit in een ziekenhuis gelegen? **ja/nee**

Indien ja:                      Wanneer:                      Waarvoor:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling van een specialist? **ja/nee**

Indien ja:

Waarvoor bent u onder behandeling?      Naam specialist                      soort specialist

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen? **ja/nee**

Indien ja: Welke medicijnen? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bent u ergens allergisch voor? **ja/nee**

Indien ja: Waarvoor? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wat is uw beroep? : \_\_\_\_\_

Heeft u kinderen? : \_\_\_\_\_

In het kader van onze preventieve kwaliteitszorg, graag het volgende invullen, indien van toepassing:

Heeft u ooit een baarmoederhals uitstrijkje gehad? **ja/nee** : indien ja: Jaartal \_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_

Heeft u ooit een griepvaccinatie gehad? **ja/nee** : medische indicatie: **ja/nee**

Ooit bevolkingsonderzoek voor borstkanker gehad: **ja/nee** : indien ja: Jaartal \_\_\_\_\_

Is ooit het cholesterol gehalte bepaald? **ja/nee** : indien ja: waarde \_\_\_\_\_

Is ooit de bloeddruk gemeten? **ja/nee** : indien ja: waarde \_\_\_\_\_

Rookt u? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Gebruikt u alcohol? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Gebruikt u verdovende middelen? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Is uw milt verwijderd? **ja/nee**

Komen er in uw familie de volgende ziektes voor:

Hart- en vaatziekten **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_ Op welke leeftijd? \_\_\_\_\_

Suikerziekte **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_ Op welke leeftijd? \_\_\_\_\_

Verhoogde oogboldruk **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_

Allergie **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_

Longziekte **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_

Kanker **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_

(long, borst, darm, prostaat, eierstok)

Andere ziektes in de familie? \_\_\_\_\_

Zijn er nog belangrijke gegevens niet aan de orde geweest? \_\_\_\_\_

## Huisartsen Wantveld

### medisch dossier opvragen vorige huisarts

Naam vorige huisarts :  
Adres :  
Postcode/Woonplaats :

Bij ons zijn onlangs in de praktijk ingeschreven de volgende patiënt(en):

Dhr/Mevr :

Nieuw adres :  
Postcode/Woonplaats :  
Telefoonnummer :  
Geboortedatum :  
Nieuwe huisarts :  
Datum van inschrijving :

Hierbij ga ik akkoord met het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

Handtekening :

Door een verhuizing naar een andere woonplaats heb ik een nieuwe huisarts gekregen.  
Bij deze verzoek ik u het medische dossier van mij/mijn gezin naar mijn nieuwe huisarts te sturen.

Tevens willen wij u vragen deze patiënt(en) uit te schrijven uit uw praktijk wegens de financiële administratie.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Gezondheidscentrum Wantveld

**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 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

**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 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek
Naam:	
Adres:	
Postcode en plaats:	

Wilt u nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens

Vul onderstaande gegevens in. **Vergeet niet uw handtekening te zetten.**

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:		
Postcode en plaats:		
Geboortedatum:		
Handtekening:	Datum:	

## Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u 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 u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Datum:	Handtekening ouder of voogd:

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