

Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Kockengen

Adres: Overdorp 7, 3628BX Kockengen

Telefoonnummer: 0346-241204

Inschrijfformulier

Persoonsgegevens

Achternaam:			
Voorletters:		Roepnaam:	
Geboortedatum:		Geslacht:	M/V
Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een andere ouder ?		Ja/Nee	
Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving?		Ja/Nee/Onbekend	

Adresgegevens

Straat:			
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:			
Mobiel nummer:			
*Emailadres:			
Naam en tel.nr van contactpersoon, indien van toepassing			

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

Gegevens bewindvoerder (indien van toepassing)

Naam:	
Adres:	

*indien uw mailadres is ingevuld, geeft u daarmee toestemming voor het per mail toesturen van facturen, verwijsbrieven en informatie over uw medicatie.

Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	

Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	

Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

- Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum:

Handtekening:

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

- nee
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>	<i>Andere allergieën/overgevoeligheden</i>

Gebruikt u medicijnen?

- nee
 ja (vraag een actueel medicatie overzicht op bij uw vorige apotheek en overhandig deze bij onze apotheek)

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

- nee
 ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)

Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?

	Bij u zelf	in uw familie (eerstegraads)
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere ziekten die van belang kunnen zijn

Komen er bij eerstegraads familieleden erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam erfelijke ziekte/aandoening

Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?

- Standaard kindervaccinaties ja / nee
- Reizigersvaccinaties ja / nee
 - Zo ja welke:
- Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee
 - Zo ja welke:
- Griepvaccinatie ja / nee

Bent u onder behandeling van een specialist?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam van specialist

Naam van ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waaraan geopereerd?

Wanneer geopereerd?

--	--

--	--

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts op de hoogte moet zijn?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

Leefstijl

Gewicht en lengte:

..... ..Kg cm

Rookt u?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat rookt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u alcohol?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat drinkt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u drugs?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welke drugs gebruikt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Checks door de praktijk	Datum	Paraaf
Dossier ingevoerd in HIS		
Patiënt ingevoerd als: passant / vaste patiënt		
Actueel Medicatie Overzicht opgevraagd bij vorige apotheek		
Actueel Medicatie Overzicht vorige apotheek ingevoerd in medicatiedossier denk ook aan de allergieën en contra indicaties		
Kennismakingsgesprek gepland HA: ja / nee / n.v.t.		
Ruiters toegevoegd dossier: ja / nee / n.v.t.		
COV		
ION		
Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		
Identiteitscontrole uitgevoerd adhv geldig ID bewijs		

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

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

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

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:

JA

NEE

Achternaam:

Voorletters:

M

V

Geboortedatum:

Handtekening:

JA

NEE

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

Handtekening
ouder of voogd:

Datum: