**Inschrijfformulieren** **Huisartsenpraktijk Pootstraat**

Huisartsen:

Mw. H. Rick

Mw. M. Ham

Mw. L. de Jong

Pootstraat 174 B

2613 PN Delft

015-2144652

www.happootstraat.nl

Bedankt dat u zich wilt laten inschrijven bij ons in de praktijk. Dokter L. de Jong neemt patiënten aan. Voor u verder gaat met lezen is het belangrijk bij de assistente na te vragen of uw adres in ons verzorgingsgebied valt. Mocht u al een huisarts in huisarts in Delft hebben, dan is het NIET mogelijk bij ons in te schrijven.

Om u goed in te schrijven hebben we een aantal inschrijfformulieren opgesteld: In

**Formulier A** gaat overalgemene informatie over u en uw gezien

**Formulier B:** gaat over uw medische gegevens. Dit moet voor elk gezinslid apart ingevuld worden.

**Formulier C**: Hierin wordt uw toestemming en uw ondertekening gevraagd voor een aantal zaken. Dit formulier moet door elk gezinslid boven de 16 jaar worden ingevuld.

Ook wordt hierin naar gegevens van uw vorige huisarts inclusief mailadres gevraagd.

Bij inschrijving in onze praktijk ontvangt u een digitale uitnodiging voor het Patiënt Portaal via uw mailadres, deze link is 48 uur geldig . U kunt dan gebruik maken van onze online diensten.

Graag zien we u op de praktijk met de **inschrijfformulieren, geldig identiteitsbewijs** (een geldig paspoort, rijbewijs of identiteitsbewijs) **en verzekeringspasje.**

Vriendelijke groet,

H. Rick, huisarts

M. Ham, huisarts

L. de Jong, huisarts

Graag bij het uitprinten van onderstaande formulieren de blanco pagina’s er tussen laten.

In te vullen door assistente: wel / niet persoonlijk ingeleverd. Paraaf assistente:

 **Inschrijfformulier A**

Hoofdverzekerde

|  |
| --- |
| Voorletter(s) + roepnaam: M/V |
| Achternaam (of namen):  |
| Geboortedatum:  |
| Adres:  |
| Postcode:  |
| Telefoonnummer(s):  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer:  |
| Welke apotheek in Delft kiest u:  |
| BSN nummer:  |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart  |
| Documentnummer:  |
| Mailadres: @  |

In geval van gescheiden ouders vragen wij u om ons te informeren als **NIET** beide ouders het gezag hebben.

Inwonende gezinsleden:

|  |
| --- |
| Voorletters + roepnaam: M/V |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN nummer:  |
| Telefoonnummer:  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer: |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart Documentnummer:  |
| Mailadres: @ |

|  |
| --- |
| Voorletters + roepnaam: M/V |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN nummer:  |
| Telefoonnummer:  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer: |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart Documentnummer:  |
| Mailadres: @ |

|  |
| --- |
| Voorletters + roepnaam: M/V |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN nummer:  |
| Telefoonnummer:  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer: |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart Documentnummer:  |
| Mailadres: @ |

|  |
| --- |
| Voorletters + roepnaam: M/V |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN nummer:  |
| Telefoonnummer:  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer: |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart Documentnummer:  |
| Mailadres: @ |

|  |
| --- |
| Voorletters + roepnaam: M/V |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN nummer:  |
| Telefoonnummer:  |
| Zorgverzekeraar:  |
| Polisnummer: |
| ID bewijs: Rijbewijs/Paspoort/ ID kaart Documentnummer:  |
| Mailadres: @ |

**Medische Gegevens Formulier  B                                                 Inschrijfdatum:**

**NAAM:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Geboortedatum:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wat was of is uw beroep of welke studie doet u?

|  |
| --- |
|  |

Welke medische problemen zijn er op dit moment (bijv. suikerziekte, longziekten, hoge bloeddruk) ?

|  |
| --- |
|  |

Welke belangrijke medische problemen zijn er in het verleden geweest (bijv. operaties, ziekenhuisopnames)?  Graag ook jaartal vermelden.

|  |
| --- |
|  |

Rookt u?

|  |
| --- |
| Ja/Nee/Ik heb vroeger gerookt |

Gebruikt u geneesmiddelen? (naam medicijn, sterkte, en hoeveel keer per dag, svp zelf gekochte pijnstillers en naam anticonceptiepil ook vermelden)

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

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of andere dingen?

|  |
| --- |
|  |

Is er in uw familie sprake van bepaalde ziekten die vaker voorkomen?

|  |
| --- |
|  |

Zijn er andere zaken van belang voor uw huisarts?

|  |
| --- |
|  |

**Inschrijfformulier C**

L.S.

Ondergetekende, dhr/mevr ………………………...................geboortedatum ….…/….…./………...

deelt hierbij mede dat hij/zij per ……/…………/20…… zich heeft aangemeld als nieuwe patiënt bij Huisartsenpraktijk Pootstraat,  Huisarts L. de Jong.

Ik ga ermee akkoord dat er een link voor Patiëntportaal (voor online diensten) naar mij wordt gemaild.

Ik ga ermee akkoord dat een kopie van deze verklaring gebruikt kan worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties bij de zorgverzekeraar.

Ik ga ermee akkoord dat mijn medische gegevens worden uitgewisseld met huisartsenpost en apotheek.

Lees hiervoor meer op: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

* Ja ik geef toestemming
* Nee ik geef geen toestemming

Ik geef toestemming dat mijn medisch dossier wordt opgevraagd en dat ik word uitgeschreven bij mijn vorige huisarts. De medische gegevens kunnen elektronisch verstuurd worden naar Huisartsenpraktijk Pootstraat (AGB 01009033)

Inwonende gezinsleden tot 16 jaar

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

Gezinsleden van 16 jaar en ouder moeten een eigen formulier C invullen en persoonlijk ondertekenen. Kinderen onder de 16 jaar kunnen op hetzelfde formulier als de hoofdverzekerde die op formulier A staat.

***Gegevens vorige huisarts***

|  |
| --- |
|  Naam praktijk:                                                                  |
| Telefoonnummer: |
| Adres:   |
| Woonplaats:                                                |
| **MAILADRES** **NOODZAKELIJK** (SVP NAVRAGEN BIJ VORIGE HUISARTS!) |
| **Datum:                                                        Uw handtekening** |