

Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten



DE OENER HUISARTSENPRAKTIJK

I.B.C. Mantel-Hendriks
F. Stijntjes

Dorpsstraat 14
8167 NL Oene

Inschrijven

In onze huisartsenpraktijk willen wij u graag optimale medische en farmaceutische zorg bieden. Daarvoor hebben wij een aantal gegevens nodig. Deze kunt u invullen op het digitale inschrijfformulier op deze site. U kunt telkens één persoon per formulier inschrijven, dus wilt u meerdere gezinsleden inschrijven, dan vragen wij u voor ieder van hen een apart formulier in te vullen.

Stelt u een kennismakingsbezoek met de huisarts op prijs, neem dan gerust contact op met onze praktijk. Onze assistente plant graag een afspraak voor u in.

Toestemming

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners is van groot belang om een goede behandeling te kunnen geven, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze gegevensuitwisseling vindt echter niet plaats zonder dat u daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. U kunt uw toestemming online regelen via: www.ikgeeftoestemming.nl of u kunt bij ons op de praktijk kenbaar maken dat u toestemming geeft.

Identificatie

Ontvangt u medische zorg, dan moet u zich kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of rijbewijs). Dit heet de identificatieplicht in de zorg. Als zorgverlener moeten wij kunnen aantonen dat aan de identificatieplicht is voldaan. Daarom leggen wij de soort en het nummer van uw identiteitsbewijs vast in de administratie. U kunt uzelf en uw gezinsleden via deze site alvast bij onze praktijk inschrijven. Daarnaast verzoeken wij u om binnenkort op de praktijk te komen om de identificatie vast te leggen. Neemt u in dat geval voor al uw gezinsleden een geldig legitimatiebewijs mee.

Voor kinderen tot 12 jaar kunnen ouders de identificatie regelen, heeft u kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar, dan verzoeken wij u samen te komen tijdens uw bezoek aan de praktijk. Kinderen van 16 jaar en ouder dienen zelf te komen om zich te identificeren.

Persoonsgegevens

Achternaam: *	
Meisjesnaam:	
Voorletters:*	
Roepnaam:	
Geboortedatum:*	
Geslacht:*	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

Adresgegevens

Straatnaam: *	
Huisnummer:*	
Postcode:*	
Woonplaats:*	
Telefoonnummer:*	
Mobiel nummer:	
Emailadres:*	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Verzekering begindatum:	
Polisnummer:	
Burger Service Nummer (BSN):*	

Gegevens vorige huisarts (evt. huisarts op uw andere woonadres)

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts: *	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer	
Emailadres:	

Gegevens vorige apotheek (evt. apotheek op uw andere woonadres)

Voor toestemming: zie onderaan de pagina

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medicatiegegevens bij mijn vorige apotheek: *	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?  (Bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex)

nee


ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>

Gebruikt u medicijnen?  (U kunt ook een recent medicatieoverzicht van uw apotheek nasturen)

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

<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Hoeveel mg</i>	<i>Gebruik per dag of per week</i>

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?  (Zoals pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint-Jans kruid)

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

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?  (Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen)

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

<i>Welk geneesmiddel geeft problemen?</i>	<i>Welk probleem heeft u?</i>

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?  (Bijvoorbeeld weekdoos, baxterzakjes)

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

--

Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie (bij personen jonger dan 60 jaar) voor?

	Bij u zelf?	in uw familie?
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	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

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

Naam erfelijke ziekte/aandoening

Krijgt u een griepvaccinatie?

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

Waarom?

--

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)

Waarvoor geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

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

Wanneer gebeurde het ongeval?

Wat voor ongeval precies?

Eventueel blijvende gevolgen?

--	--	--

Bent u zwanger of recent zwanger geweest?

- nee
- ja

Geeft u borstvoeding?

- nee
- ja

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

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

Welk onderwerp?

--

Leefstijl

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?

--	--

Ik geef toestemming

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners onderling is van groot belang om een goede behandeling te kunnen geven, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze gegevensuitwisseling vindt echter niet plaats zonder dat u daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. U kunt uw toestemming online regelen via www.ikgeeftoestemming.nl of u kunt bij ons op de praktijk kenbaar maken dat u toestemming geeft. Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven. Voor kinderen vanaf 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd en het kind zelf toestemming moet geven of intrekken. Kijkt u eventueel voor nadere informatie op www.ikgeeftoestemming.nl

Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim. Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg.	
Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gegevens bij andere zorgverleners opvragen:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij <input type="checkbox"/> Ja, altijd, geen bezwaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud
Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners:	<input type="checkbox"/> Nee, nooit <input type="checkbox"/> Nee, tenzij <input type="checkbox"/> Ja, altijd geen bezwaar tegen uitwisseling <input type="checkbox"/> Ja, onder voorbehoud

Ik ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven.

Datum

Handtekening.....