

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:
 14-01-2026

Wij willen u verzoeken om onderstaand formulier zo volledig mogelijk en naar waarheid in te vullen.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Persoonsgegevens

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	☐ Man ☐ Vrouw
BSN+ legitimatiebewijs	Type legitimatie : id kaart: ☐ rijbewijs: ☐ paspoort: ☐ Nr legitimatie: BSN nr:
Adres	
Postcode / woonplaats	
Telefoonnummer	
Email adres	

Verzekeringsgegevens

Naam verzekeraar	
Polisnummer verzekering	
Naam en adres vorige huisarts	
Naam en adres vorige apotheek	

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:
14-01-2026

Medische Anamnese

Gebruikt u medicijnen?

☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, welke? Noteer ook het gebruik, bijvoorbeeld 1 x per dag 1 tablet

Welke andere, niet door een arts voorgeschreven middelen gebruikt u regelmatig?
(zoals vitaminen/mineralen/maagtabletten/pijnstillers, etc.)

Heeft u een chronische ziekte?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Suiker | ☐ Epilepsie |
| ☐ Schilddklierziekte | ☐ Astma |
| ☐ Hoge bloeddruk | ☐ Longemfyseem |
| ☐ Hart- of vaatziekte | ☐ Anders, nl: |

Bent u wel eens geopereerd?

☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, waaraan en wanneer?

Jaar:	Reden:

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:
14-01-2026

--	--

Komen er in uw familie ziekten voor?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Astma/Allergieën | ☐ Hoofdpijn/Migraine | ☐ Galblaasproblemen |
| ☐ Gewrichtsklachten | ☐ Epilepsie | ☐ Leverziekten |
| ☐ Hoge bloeddruk | ☐ Beroertes | ☐ Nierziekten |
| ☐ Hoog cholesterol | ☐ Schildklierziekte | ☐ Kanker, namelijk |
| ☐ Suikerziekte | ☐ Tuberculose | ☐ Psychische ziekten |
| ☐ Hartziekten | ☐ Longziekten | ☐ Alcohol/Drugsmisbruik |
| ☐ Stollingsstoornissen | ☐ Maagzweer | ☐ Overig |

Bent u ergens allergisch voor?

☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, waarvoor?

Medicijnen:

Voedingsmiddelen:

Bijen- of wespensteek: ☐ Nee ☐ Ja

Belangrijke gegevens / Opmerkingen

Bijv. t.b.v. medicatiebewaking (allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.)

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:
14-01-2026

Heeft U er bezwaar tegen dat wij bij Uw vorige huisarts en apotheek Uw medische dossier opvragen?

Bij kinderen tot 12 jaar is de toestemming van de ouders/voogden vereist, en tekent een van hen.

Bij jongeren van 12 tot 16 jaar is de toestemming van de ouders/voogden en van de jongere zelf vereist. Graag beide een handtekening voor akkoord zetten.

Jongeren vanaf 16 jaar beslissen zelfstandig, en moeten zelf ondertekenen.

☐ nee geen bezwaar

☐ ja wel bezwaar.

(aankruisen graag)

Naam:

Handtekening:

HET INLEVEREN VAN DIT DOCUMENT DIENST U PERSOONLIJK TE DOEN. VERGEET NIET UW IDENTIFICATIEBEWIJS MEE TE NEMEN, WIJ HEBBEN DIT NODIG OM UW INSCHRIJVING COMPLEET TE MAKEN.

Onze huisartsenpraktijk werkt intensief samen met Apotheek Gelders Eiland. U kunt zich meteen inschrijven in Apotheek Gelders Eiland. Wij sturen uw inschrijving dan door aan deze apotheek.

Bent u akkoord met de inschrijving in Apotheek Gelders Eiland? Indien JA, dan neemt de apotheek binnenkort contact met u op. De apotheek spreekt dan uw medicijnen, dossier en inschrijving met u door. U kunt dan ook gebruik maken van het afhaalapparaat en andere services van de apotheek.

☐ JA akkoord

☐ NEE niet akkoord

Dit formulier regelt uitwisseling van medische gegevens met andere zorgverleners zoals het ziekenhuis of de huisartsenpost. Inkijken door anderen mag alleen als dat echt nodig is. Uw apotheker en uw huisarts adviseren voor JA te kiezen.



volg je zorg

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 '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 Pannerden & Apotheek Gelders Eiland

Adres: Schoolstraat 23 & Markt 5

Postcode en plaats: 6911AX Pannerden & 6915AH Lobith

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____

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:** _____

Geboortedatum: _____ **Handtekening kind:** _____

☐ JA ☐ NEE

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____

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.

Versie: mei 2023

HAP Pannerden 14-01-2026

blz. 5/5