

**Inschrijfformulier nieuwe patiënt**

versiedatum:  
juni 2014

Wij willen u verzoeken om onderstaand formulier zo volledig mogelijk en naar waarheid in te vullen.  
Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

**Persoonsgegevens**

<b>Achternaam</b>	
<b>Meisjesnaam</b>	
<b>Voorletters</b>	
<b>Roepnaam</b>	
<b>Geboortedatum</b>	
<b>Geslacht</b>	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
<b>BSN+ legitimatiebewijs</b>	Type legitimatie : id kaart: 0 rijbewijs:0 paspoort:0 Nr legitimatie: BSN nr:
<b>Adres</b>	
<b>Postcode / woonplaats</b>	
<b>Telefoonnummer</b>	
<b>Email adres</b>	

**Verzekeringsgegevens**

<b>Naam verzekeraar</b>	
<b>Polisnummer verzekering</b>	
<b>Naam en adres vorige huisarts</b>	
<b>Naam en adres vorige apotheek</b>	

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:  
juni 2014

**Medische Anamnese**

**Gebruikt u medicijnen?**

- Nee  Ja  
Zo ja, welke?

**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:
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suiker              | <input type="checkbox"/> Epilepsie    |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekte   | <input type="checkbox"/> Astma        |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk      | <input type="checkbox"/> Longemfyseem |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekte | <input type="checkbox"/> Anders, nl:  |

**Bent u wel eens geopereerd?**

- Nee  Ja  
Zo ja, waaraan en wanneer?

Jaar:	Reden:

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:  
juni 2014

---

--	--

**Komen er in uw familie ziekten voor?**

- Nee     Ja, namelijk:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma/Allergieën     | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn/Migraine | <input type="checkbox"/> Galblaasproblemen      |
| <input type="checkbox"/> Gewrichtsklachten    | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Leverziekten           |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk       | <input type="checkbox"/> Beroertes          | <input type="checkbox"/> Nierziekten            |
| <input type="checkbox"/> Hoog cholesterol     | <input type="checkbox"/> Schildklierziekte  | <input type="checkbox"/> Kanker, namelijk ..... |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte         | <input type="checkbox"/> Tuberculose        | <input type="checkbox"/> Psychische ziekten     |
| <input type="checkbox"/> Hartziekten          | <input type="checkbox"/> Longziekten        | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drugsmisbruik  |
| <input type="checkbox"/> Stollingsstoornissen | <input type="checkbox"/> Maagzweer          | <input type="checkbox"/> 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:  
juni 2014

---

---

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.

0 nee geen bezwaar

0 ja wel bezwaar.

(aankruisen graag)

Naam:
Handtekening:

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

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:  
juni 2014

## Toestemming voor uitwisseling patiëntgegevens

Met dit om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen formulier geeft u aan of u uw huisarts/huisartsenpraktijk toestemming verleent aan andere zorgverleners.

### Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij de huisarts/huisartsenpraktijk die u op dit formulier invult.

### Voor elke zorgverlener een apart formulier

Dit formulier geldt voor één zorgverlener/zorgaanbieder. Wilt u uw toestemming verlenen aan andere zorgverleners/zorgaanbieders? Download dan via [www.vzgz.nl](http://www.vzgz.nl) voor elk een blanco formulier en vul het opnieuw in.

### Informatie

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' beschrijft gedetailleerd hoe medische gegevens worden gedeeld. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen of [www.vzgz.nl](http://www.vzgz.nl) raadplegen.

### TOESTEMMING

JA Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

NEE Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

### HUISARTS

Naam huisarts

### MUN GEGEVENS

Naam ..... Voorletters .....  M  V  
Straat ..... Geboortedatum .....  
Postcode ..... Plaats .....  
Mobiele tel. .... E-mail .....

### ONDERTEKENING

Datum en plaats ..... Uw handtekening .....

### GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen. Van kinderen onder de 12 jaar is geen eigen toestemming nodig.

#### 1. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

#### 2. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

#### 3. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

#### 4. Naam

Geboortedatum .....  M  V ..... Handtekening .....  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

versiedatum:  
juni 2014

---

Het doel van het nu volgende" toestemmingsformulier voor uitwisseling van patiëntgegevens" is dat **andere zorgverleners** gegevens kunnen opvragen uit Uw medische dossier dat **wij** van U hebben. Zie: <https://www.volgjezorg.nl>  
Bij naam huisarts dient U dus **Huisartsenpraktijk Pannerden** in te vullen.

---