

Huisartsencentrum De Zwaai

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

drs. G.J Bosman
drs. D.G. Bos / drs. E.G.H. Peypers
drs. G. van de Haar



Aanwijzingen bij het invullen:

- Per persoon/gezinslid een formulier invullen
 - Graag een kopie van het legitimatiebewijs en de zorgpas bijvoegen, beide kopieën voorzien van handtekening
-

Algemene gegevens

Volledige naam: _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: 0 Man 0 Vrouw

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer(s): 1) _____

2) _____

E-mailadres: _____

Beroep/school: _____

Burgelijke staat: _____

(gehuwd/ongehuwd/samenwonend)

Geloof/levensovertuiging: _____

Identiteitsbewijs: _____

Nummer identiteitsbewijs: _____

Burgerservicenummer: _____

Zorgverzekeraar: _____

Polisnummer: _____

Aanvullende verzekering: _____

Apotheek: _____

Vorige huisarts: _____

(naam en plaats)

Ik wens mij in te schrijven bij de praktijk van (één optie aanvinken):

drs. G.J. Bosman

drs. D.G. Bos / drs. E.G.H. Peypers

drs. G. van de Haar

geen voorkeur

Namen van eventuele overige gezinsleden die zich in wensen te schrijven:

Medische gegevens

Indien van toepassing:

- *Aandoeningen/ziekten* (zoals: suikerziekte, astma/COPD, nier-, lever-, darmziekten, geslachtziekten/SOA, epilepsie, hart- of vaataandoeningen, maagklachten, bloedarmoede, terugkerende blaasontstekingen, gewrichtsziekten, overspannenheid, depressie):

Aandoening/ziekte	Sinds/periode	Beschrijving/toelichting (eventueel)
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

- *Ziekenhuisopname(n):*

Reden	Jaar	Beschrijving/toelichting (eventueel)
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

- *Medicijngebruik:*

Medicijn en sterkte

Vanaf/periode

- *Allergieën:*

Allergisch voor

Sinds

Aard van reactie

- *Aandoeningen/ziekten in de familie* (aanvinken indien van toepassing):

Hart- en vaatziekten (zoals hartinfarct, beroerte/TIA/CVA, aneurysma)

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Suikerziekte (diabetes mellitus)

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Longziekte (zoals astma, COPD, emfyseem)

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Kanker

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Verhoogde oogboldruk

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Allergie

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

Andere aandoeningen/ziekten in de familie

Soort: _____

Bij welk familielid/welke familieleden?: _____

- *Overige risicofactoren* (aanvinken indien van toepassing):

0 Roken

Hoeveel sigaretten (per dag)?: _____

0 Alcoholgebruik

Soort alcohol: _____

Hoeveel glaasjes/flesjes (per dag)?: _____

0 Drugsgebruik

Soort drug: _____

Hoeveelheid: _____

Eventuele aanvullende vragen, opmerkingen of extra informatie:

Datum en plaats

Handtekening

(indien van toepassing: van ouder/verzorger)

Dank u wel voor het invullen. U kunt dit formulier – samen met een kopie van uw legitimatiebewijs en zorgpas – inleveren aan de balie van huisartsencentrum De Zwaai, per post versturen naar Synagogestraat 6, 3901 TS Veenendaal, of mailen naar info@dezwaai.nl. Vervolgens wordt een kennismakingsgesprek met u ingepland.

TOESTEMMINGSREGISTRATIE FORMULIER PATIENTEN

hoort bij "Informatiefolder gegevensuitwisseling patiënten"

- JA, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via de infrastructuur voor zorgcommunicatie en het aanmelden van mijn gegevens in de verwijzingsindex, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- NEE, ik ga niet akkoord

Datum	
Naam	
Adres	
Postcode en Plaats	
Geboortedatum	
BSN nummer	

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u onderstaande invullen voor zover gewenst en van toepassing

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij ook toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via de infrastructuur voor zorgcommunicatie en het aanmelden van hun gegevens in de verwijzingsindex, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik toestemming verleen zijn:

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Kinderen tussen 12 en 16 jaar vullen ook een eigen formulier in, overeenkomstig de wettelijke eisen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in

Handtekening: _____

Extra formulieren kunt u bij de praktijk afhalen

TOESTEMMINGSREGISTRATIE FORMULIER PATIENTEN

hoort bij "Informatiefolder gegevensuitwisseling patiënten"

- JA, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via de infrastructuur voor zorgcommunicatie en het aanmelden van mijn gegevens in de verwijzingsindex, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- NEE, ik ga niet akkoord

Datum	
Naam	
Adres	
Postcode en Plaats	
Geboortedatum	
BSN nummer	

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u onderstaande invullen voor zover gewenst en van toepassing

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij ook toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via de infrastructuur voor zorgcommunicatie en het aanmelden van hun gegevens in de verwijzingsindex, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik toestemming verleen zijn:

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Naam		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum		
BSN Nummer		

Kinderen tussen 12 en 16 jaar vullen ook een eigen formulier in, overeenkomstig de wettelijke eisen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in

Handtekening: _____

Extra formulieren kunt u bij de praktijk afhalen