

## INSCHRIJFFORMULIER

**Huisartsenpraktijk Oosthout** (kijkt u nog even op de website of u in het aangegeven zorggebied woont)

BSN nummer : \_\_\_\_\_  
Man/Vrouw : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Roepnaam+Voorletter(s) : \_\_\_\_\_  
Achternaam : \_\_\_\_\_  
Meisjesnaam : \_\_\_\_\_

### WOONVERBANDGEGEVENS

Postcode en huisnummer : \_\_\_\_\_  
Straatnaam : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : Voorhout

### CONTACT

Telefoon woonverband : \_\_\_\_\_  
Mobiel nummer : \_\_\_\_\_  
Emailadres : \_\_\_\_\_

### Verzekering en aanvullende gegevens

Zorgverzekeraar : \_\_\_\_\_  
Verzekeringsnummer : \_\_\_\_\_  
Naam vorige huisarts : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

### Welke apotheek wilt u (zet kruisje)

Apotheek Voorhout : \_\_\_\_\_  
Apotheek Oosthout : \_\_\_\_\_

### Kopie identiteitsbewijs

Voeg een kopie toe van een paspoort of identiteitskaart.

### In te vullen door doktersassistente

Soort identiteitsbewijs : \_\_\_\_\_  
Nummer : \_\_\_\_\_

**Huisartsenpraktijk Oosthout**

Anijsweg 38

2215BS Voorhout

FAX: 0252 213092

Email:praktijk@oosthoutartsen.nl

**AGB code: 055099****Medisch dossier opvragen vorige huisarts**

Naam vorige huisarts : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

**Bij ons is onlangs in de praktijk ingeschreven de volgende patiënt(en):**

Dhr./Mevr. : \_\_\_\_\_  
Nieuwe adres : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Hierbij gaat bovengenoemde patiënt akkoord met het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

**Handtekening** : \_\_\_\_\_

Datum:

Plaats:

<b>Medische en aanvullende gegevens</b> (omcirkel wat van toepassing is)			
Heeft u ooit in een ziekenhuis gelegen?	<b>ja/nee</b>		
Indien ja:	Wanneer:	Waarvoor:	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
Bent u onder behandeling van een specialist?	<b>ja/nee</b>		
Indien ja:			
Waarvoor bent u in behandeling?	Naam specialist	Soort specialist	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Gebruikt u medicijnen?	<b>ja/nee</b>		
Indien ja: Welke medicijnen	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
Bent u ergens allergisch voor?	<b>ja/nee</b>		
Indien ja: Waarvoor	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
Wat is u beroep?	_____	_____	
Heeft u kinderen?	<b>ja/nee</b>		
Indien nee: U kunt hier een contactpersoon noteren met telefoonnummer.	_____		
In het kader van onze preventieve kwaliteitszorg, graag het volgende invullen indien van toepassing:			
Heeft u ooit een griepvaccinatie gehad	<b>ja/nee</b>		
Ooit bevolkingsonderzoek voor borstkanker gehad?	<b>ja/nee</b>	medische indicatie	<b>ja/nee</b>
Is ooit het cholesterol gehalte bepaald?	<b>ja/nee</b>	jaartal:	
Is ooit de bloeddruk gemeten?			
Rookt u?	<b>ja/nee</b>	Indien ja: hoeveel per dag	
Gebruikt u alcohol?	<b>ja/nee</b>	Indien ja: hoeveel per dag	
Gebruikt u verdovende middelen?	<b>ja/nee</b>	Indien ja: hoeveel per dag	
Is uw milt verwijderd?	<b>ja/nee</b>		
Heeft u een maagband of een maagverkleining?	<b>ja/nee</b>		
Komen er in uw familie de volgende ziektes voor:			
Hart-en vaatziekten	<b>ja/nee</b>		
Suikerziekte	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Verhoogde oogbldruk	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Allergie	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Longziekten	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Kanker	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Andere ziekten in de familie?	<b>ja/nee</b>	Indien ja: bij wie? _____	
Zijn er nog belangrijke gegevens niet aan de orde geweest?	_____		

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## 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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## 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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts  
 mijn apotheek

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: ..... Voorletters: .....  M  V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: ..... Datum: ..... Handtekening: .....

## 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: ..... Voornaam: .....  M  V

Geboortedatum: ..... Handtekening kind: .....  JA  NEE

Achternaam: ..... Voornaam: .....  M  V

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.**