



Om u in te schrijven in de praktijk, vragen wij u dit formulier geheel in te vullen .

U dient dit te ondertekenen en bij ons in te leveren, waarbij u een geldig legitimatiebewijs en uw verzekeringspasje moet tonen.

U wordt daarna verzocht u zo snel mogelijk bij uw vorige huisarts uit te schrijven. Vervolgens kan uw dossier (vaak digitaal) worden opgestuurd, nadat u hier toestemming voor heeft gegeven.

\* = verplichte vraag

### **Persoonsgegevens**

Achternaam\*

Meisjesnaam

Voorletters\*

Roepnaam\*

Geboortedatum\*

Geboorteplaats/land\*

BSN- nummer\*

Geslacht\*            Man  
                              Vrouw

Beroep

Burgerlijke staat

### **Adresgegevens**

Straatnaam en huisnummer\*

Postcode en woonplaats\*

Telefoonnummer \*

Mobiel

E-mail\*

### **Verzekeringsgegevens**

Naam zorgverzekeraar\*

Verzekeringsnummer\*

Begindatum verzekering\*

---

**Gegevens vorige huisarts\***

Naam

Adres / Plaats

Telefoonnummer

E-mail

**Gegevens vorige apotheek\***

Naam

Adres / Plaats

Telefoonnummer

E-mail

**Medische gegevens\***

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose) Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen?

Geneesmiddel en/of hulpstof

Bijwerking

Gebruikt u medicijnen?

Ja / Nee

Naam geneesmiddel

Hoeveel mg gebruik per dag

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?  
(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

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?

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?

Maakt u gebruik van een  
weekdoseersysteem voor uw  
geneesmiddelen?\*

Ja, een baxter

Ja, een verdeeldoos / Nee



Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor? Ja      Zo ja, welke  
Nee

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja      Zo ja, waarom  
Nee

Bent u onder behandeling van een specialist?      Ja / Nee      Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?      Ja / Nee      Zo ja, waaraan en wanneer?

Heeft u ooit een ongeval gehad?      Ja /Nee      Zo ja, wanneer ?  
Zijn er blijvende gevolgen ?

### **Leefstijl**

Rookt u?      Ja      Zo ja, hoeveel sigaren/ sigaretten per dag?  
Nee

Gebruikt u alcohol? Ja      Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week?  
Nee

Gebruikt u drugs? Ja      Zo ja, welke  
Nee

### **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van medische gegevens\***

Opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts      Ja / Nee  
(is noodzakelijk voor het leveren van goede medische zorg)

Medicatiegegevens bij vorige apotheek opvragen      Ja / Nee

Gegevens uitwisselen met het ziekenhuis in het kader van een behandeling      Ja / Nee

Gegevens bij andere zorgverleners opvragen      Ja / Nee

Gegevens beschikbaar stellen aan zorgverleners (het LSP)      Ja / Nee

*Als u vragen heeft over het LSP (elektronisch uitwisselen van medische gegevens), kijk dan op [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl)*



Overige opmerkingen

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

Datum

Handtekening