Huisartsenpraktijk Kraaij & Ensink

Frankestraat 42

tel: 023-5322699

# [www.huisartsenkraaijensink.nl](http://www.huisartsenkraaijensink.nl)

# Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Achternaam …………………………

voorletters ……………………… m/v voornaam .……………………..

Geboortedatum ……………………. geboorteplaats/land …………..

Straatnaam …………………………. huisnummer …………………...

Postcode ………….. ……………….. woonplaats …………………….

Tel. nr. thuis ……...………………… Mobiel tel nr. …………………

Nationaliteit ………………………….

E-mail ………………………………..

Naam partner ..……………………..

Vorige huisarts …………………….. plaats ………………………….

Naam apotheek in Haarlem e.o. …………………….

Verzekeringsmaatschappij ……………………

Verzekerdennummer ………………………….

BSN nummer …………………………………..

# Gezin-/woonverband

° Alleenwonend ° Samenwonend °Gehuwd

Heeft u kinderen?

°Nee ° Ja ……meisjes …….jongens thuiswonend/ uitwonend?

# Werkzaamheden

° Ik ben werkzaam als ……………..

° Ik studeer, studierichting …………

° Ik ben gepensioneerd …………

° Ik ben arbeidsongeschikt sinds 20…., mijn werk was …………

 oorzaak arbeidsongeschiktheid …………………………………

# Gezondheid en ziekten

Heeft u ooit klachten gehad van:

° suikerziekte

° longziekten (COPD, Astma, TBC, chronische brochitis)

° hoge bloeddruk

° hart- of vaatziekten

° psychische klachten (depressie, angststoornis, burn-out)

° lever- of darmziekten

° reumatische aandoeningen/ artrose

° geslachtziekten

° schildklierziekten

° allergieën

° andere ernstige ziekten …………………..

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

 ° Nee ° Ja, voor:

1. …………………………… Specialisme ………… …. Ziekenhuis ……………….
2. …………………………… Specialisme …………….. Ziekenhuis ……………….

Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, welke? (naam, sterkte, gebruik per dag)

° Nee

° Ja 1.…………………………………… 4…………………………………

 2……………………………………. 5…………………………………

 3……………………………………. 6…………………………………

Bent u overgevoelig (allergisch) voor?

° geneesmiddelen ………………………..

° bepaald eten of drinken ………………..

° andere stoffen ………………………….

Heeft u ooit een groot ongeluk meegemaakt, een grote operatie ondergaan of langere opname in een ziekenhuis gehad?

° groot ongeluk ……………………………

° operaties ………………………………...

° opname in ziekenhuis ………………….

Rookt u ? ° Nee ° Ja …… sigaretten per dag

Hoeveel glazen alcohol drinkt u gemiddeld per week?

……….. glazen per week ° Wijn ° Bier ° Gedestilleerd

Gebruikt u drugs? ° Nee ° Ja, welke ………..

# Ziekten in de familie

Welke ziekten komen in uw directe familie voor?

° suikerziekte bij wie ………………………

° hoge bloeddruk bij wie ………………………

° beroerte of hersenbloeding bij wie ………………………

° hart of vaatziekten bij wie ………………………

° astma, COPD bij wie ………………………

° psychische ziekten bij wie ………………………

° kanker bij wie ……………………… soort kanker ………………

**Alleen voor vrouwen**

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoeder gemaakt?

° Nee ° Ja, in 20……, uitslag: ……….

Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt?

° Nee ° Ja, in 20……, uitslag: ……….

Ik ben op de hoogte van de voor- en nadelen van het aansluiten van mijn medisch

dossier op het LSP en ik wil de volgende keuze vastleggen:

Ik geef **wel/ niet** (graag doorkruisen wat niet van toepassing is) toestemming aan Huisartsenpraktijk Kraaij & Ensink voor het aansluiten van mijn medisch dossier op het LSP en Doc 2 Doc.

Folder toestemming LSP mee: **JA / NEE**

**Hierbij schrijf ik mij in als patiënt bij Huisartsenpraktijk Kraaij & Ensink.**

Naam ……………………… Geboorte datum ………………………

Datum ………………………

Handtekening ………………………

**Na invullen formulier uitprinten en met een geldig ID langskomen op de praktijk .**

 **Toestemmingsformulier**

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

|  |  |
| --- | --- |
| JA | NEE |
| 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)’. | 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 □mijn huisarts □ mijn apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

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.