**Verklaring van inschrijving huisartsenpraktijk Tolakker**

S. Huyben, M. Stevens, S.E.E.S Hamers, L. Hartholt, E.M. Schrooten

Tolakker 5, 4854 NV Bavel, tel 0161-431569

Welkom bij huisartsenpraktijk Tolakker,

Ons streven is kwalitatief hoogwaardige zorg leveren, laagdrempelig en dicht bij huis. Wij ondersteunen en adviseren bij het nemen van beslissingen rondom uw gezondheid zodat de zorg is afgestemd op uw voorkeuren en behoeften.

Veel zorgzaken regelt u gemakkelijk digitaal via uw online zorgdossier MijnGezondheid.net. U kunt zo 24 uur per dag en 7 dagen per week afspraken maken, medicijnen bestellen, vragen stellen, uitslagen bekijken en uw dossier inzien.

Als aanvulling op het portaal kunt u ook gebruik maken van de mobiele app MedGemak.

Onze praktijk is iedere werkdag van 8:00 tot 17:00 geopend.

Tussen 10:00-10:30 en 12:30-13:30 zijn we alleen voor spoedeisende vragen bereikbaar.

Ons telefoonnummer is 0161-431569.

Wij vragen u:

* Per persoon van 12 jaar en ouder het formulier helemaal in te vullen.
* Voor kinderen jonger dan 12 jaar alleen een eigen formulier invullen bij uitgebreide medische voorgeschiedenis.
* Het ingevulde, geprinte en getekende formulier kunt u inleveren bij de assistente.
* Neem bij de inschrijving een legitimatiebewijs en verzekeringspas mee, ook van eventuele kinderen.
* Bij scheiding noteren hoe de ouderlijke macht geregeld is.
* Vraag uw vorige huisarts om uw medisch dossier over te dragen naar onze praktijk.

Persoonlijke gegevens:

|  |
| --- |
| Naam en voorletters:  |
| Roepnaam: |
| Geslacht: O Man O Vrouw O Anders, namelijk:  |
| Geboortedatum: |
| Adres: Postcode: Plaats: |
| Telefoonnummer huis: |
| Mobiel: E-mail: |
| Verzekering: Nummer: |
| Burger Service Nummer (BSN): |
| O Paspoort O Identiteitskaart O Rijbewijs O Vreemdelingen document Documentnummer:  |
| Nieuwe Apotheek:  |
| Naam + plaats vorige huisarts: |

|  |
| --- |
| Contactpersoon (naam en relatie tot u):Telefoonnummer:  |
| alleenwonend/ samenwonend/ gehuwd/ geregistreerd partnerschap gescheiden/weduwe/weduwnaar |
| Uw beroep/werk/studie: |
| Heeft u kinderen: ja/nee: indien ja hoeveel:  |

Voor thuiswonende kinderen jonger dan 12 jaar ook graag de volgende gegevens invullen:

**N**aam en voorletters J/M :

Roepnaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer(BSN):

O Paspoort O Identiteitskaart O Rijbewijs O Vreemdelingen document

Documentnummer:

**N**aam en voorletters J/M:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer(BSN):

O Paspoort O Identiteitskaart O Rijbewijs O Vreemdelingen document

Documentnummer:

**Gezondheid en ziekten**

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? Ja/nee

Indien ja: Bij welk specialisme en waarvoor?

|  |
| --- |
| **●**  |
| **●**  |
| ●  |
| ●  |

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

|  |
| --- |
| **●** Suikerziekte: ja/nee, zo ja sinds: |
| **●** Astma/bronchitis ja/nee, zo ja sinds: |
| * Roken: Ja □ hoeveel sigaretten per dag: Nee□ Voorheen□
 |
| * Hoge bloeddruk: ja/nee, zo ja sinds
 |
| ● Hart- en vaatziekten: ja/nee, zo ja sinds:  |
| ● Angsten/ depressie/overspannen: ja/nee, zo ja sinds  |
| ● Lever- en of darmziekten: ja/nee, zo ja sinds:  |
| ● Schildklierziekten: ja/nee, zo ja sinds:  |
| ● Andere ernstige ziekten:  |
| ● Operaties:  |

Gebruikt u geneesmiddelen? Ja/nee, indien ja welke?

Bent u allergisch/overgevoelig? Ja/nee, indien ja waarvoor?

 Zijn er nog bijzonderheden in het verleden of heden die u wilt vermelden? (zoals overlijden partner/kind, (seksueel) misbruik of andere ernstige zaken)

Kreeg u van u vorige huisarts een griepspuit? Ja/nee

|  |
| --- |
| **Ziekten in familie** Komen er in de familie voor: * Suikerziekte: ja/nee
* Hart- en vaatziekte: ja/nee
* Astma/bronchitis: ja/nee
* Kanker: ja/nee

Indien ja welke soort kanker, op welke leeftijd en relatie tot u    |

Heeft u behoefte aan een kennismaking gesprek? Ja/nee

**Indien u 50 jaar of ouder bent wordt een kennismaking altijd ingepland.**

**Toestemming voor het uitwisselen van patiëntengegevens (LSP):**

Vindt u het goed dat belangrijke gezondheidsgegevens in te zien zijn op de huisartsenpost en bij de dienstapotheek wanneer dit nodig is voor uw behandeling? Zie www.volgjezorg.nl

□ JA □ NEE

**Toestemming gegevensverwerking:**

□ Ja, ik geef huisartsenpraktijk Tolakker toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen zorg, in het bijzonder:

* Het verwerken van persoonsgegevens in mijn dossier
* Het verwerken van persoonsgegevens in het kader van de zorgrelatie
* Het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van de declaraties
* Het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.

Datum: Plaats:

Naam:

Handtekening:

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger indien van toepassing: