

## Huisartsenpraktijk Schinkelkade Inschrijfformulier

Invullen in blokletters s.v.p.

### Gegevens Hoofdinschrijver

Hierbij bevestig ik dat ik mij per [ datum ] \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ inschrijf als patiënt bij huisartsenpraktijk Schinkelkade, bij de huisartsen F.P.A. Laven en S. Visser

Voorletters en naam : \_\_\_\_\_ Geslacht : M / V \*  
Meisjesnaam : \_\_\_\_\_ Roepnaam : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Geboorteplaats : \_\_\_\_\_  
Nationaliteit : \_\_\_\_\_  
Burger Service Nummer : \_\_\_\_\_

Contactpersoon : \_\_\_\_\_ Mobiele telefoon : 06- \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer [1] thuis : 020 - \_\_\_\_\_ [2] werk : \_\_\_\_\_  
Mobiele telefoon : 06- \_\_\_\_\_ E-mail adres : \_\_\_\_\_

Ziektekostenverzekeraar : \_\_\_\_\_  
Inschrijffnummer [ polis nummer ] : \_\_\_\_\_  
Apotheek [ voorkeur ] : \_\_\_\_\_  
Naam vorige huisarts : \_\_\_\_\_ Plaats : \_\_\_\_\_

### Gegevens in te schrijven kinderen

Voorletters	Roepnaam	Achternaam	M/V*	Geboortedatum	BSN-nummer	Zorgverzekeringsnummer

Indien meerdere kinderen bij één huisarts staan ingeschreven, graag de afzonderlijke geboortedata en relatienummers vermelden van ieder kind. Er is dan echter maar één handtekening benodigd.

### Overige afspraken

- De patiënt draagt er zorg voor dat de vorige huisarts wordt verzocht om uitschrijving en gaat ermee akkoord dat het medisch dossier digitaal wordt verzonden.
- Bij uitschrijving wordt uw medisch dossier ook digitaal naar de opvolgende huisartsenpraktijk verstuurd.
- Indien gewenst kan de patiënt bijgevoegde checklist invullen, zodat de huisartsen alvast op de hoogte zijn van belangrijke medische zaken.
- Het LSP [ Landelijk Schakel Punt ] maakt het mogelijk dat waarnemende huisartsen en behandelend specialisten het dossier van de patiënt kunnen inzien. U hebt de toelichting LSP gelezen [[www.huisartsenpraktijkschinkelkade.nl/pdf/brochure\\_toestemming\\_VZVZ\\_2013-12.pdf](http://www.huisartsenpraktijkschinkelkade.nl/pdf/brochure_toestemming_VZVZ_2013-12.pdf)] en uw keuze kenbaar gemaakt op het toestemmingsformulier.

\* Doorhalen wat niet van toepassing is

**Amsterdam, datum :**

**Handtekening patiënt**

**Handtekening huisarts**

## Huisartsenpraktijk Schinkelkade Checklist

Deze lijst wordt in uw dossier bewaard en de gegevens die u hieronder verstrekt vallen onder het medisch beroepsgeheim en zullen te allen tijde vertrouwelijk worden behandeld. Wij verzoeken u bij de verschillende rubrieken aan te vinken welke situatie in uw geval van toepassing is. Wanneer u ruimte tekort komt, kunt u aan de achterzijde van het formulier verder schrijven. Voor ieder gezinslid graag een apart formulier invullen.

### Gezins / Woonverband

- alleenstaand
- samenwonend met : \_\_\_\_\_
- gehuwd met : \_\_\_\_\_
- gescheiden sinds : \_\_\_\_\_
- weduwe/weduwnaar sinds : \_\_\_\_\_

Heeft u kinderen ?

- nee
- ja, thuiswonend aantal : \_\_\_\_\_ geboortedatum : \_\_\_\_\_  
geboortedatum : \_\_\_\_\_
- ja, uitwonend aantal : \_\_\_\_\_ geboortedatum : \_\_\_\_\_  
geboortedatum : \_\_\_\_\_  
geboortedatum : \_\_\_\_\_

Heeft u ouderlijk gezag ?

- ja  nee

### Werksituatie

- ik heb werk als : \_\_\_\_\_  
aantal uur / week : \_\_\_\_\_
- ik ben werkloos sinds : \_\_\_\_\_  
mijn werk was : \_\_\_\_\_  
uitkering : \_\_\_\_\_
- ik ben arbeidsongeschikt sinds : \_\_\_\_\_  
mijn werk was : \_\_\_\_\_  
oorzaak : \_\_\_\_\_
- ik volg een studie : \_\_\_\_\_

## Gezondheid en ziekten

Heeft u klachten [ gehad ] van respectievelijk :

- |                       |    |                       |     |   |
|-----------------------|----|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | hoge bloeddruk  |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | hart- of vaatziekten  |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | hoog cholesterol  |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | suikerziekte  |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | longziekten [ asthma, TBC, COPD ]   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | schildklierziekte   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | lever- of darmziekten   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | aanhoudende gewrichtsklachten   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | overspanning of depressie   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | andere ernstige ziekten, welke ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | weet u uw bloedgroep ? zo ja, welke ? [ A, B, AB of 0 ]   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u gevaccineerd volgens het RijksVaccinatieProgramma ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | Heeft u extra vaccinaties gehad ( Hepatitis B, Gele Koorts )  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | wanneer hebt u voor het laatst een tetanus vaccinatie gehad ?   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u wel eens geopereerd? zo ja, waarvoor en wanneer  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis of in een instelling ? zo ja, wanneer en waarvoor ? |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u onder behandeling van een specialist? zo ja, waar, bij wie en waarvoor ?                         |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | gebruikt u medicijnen ? Zo ja, welke en in welke dosis ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
|                       |    |                       |     | _____   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | heeft u in het verleden de griepvrij gekregen ?   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u allergisch voor bepaalde medicijnen ? zo ja, waarvoor ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
|                       |    |                       |     | _____   |
|                       |    |                       |     | hoe zag de allergische reactie eruit ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | rookt u of heeft u ooit gerookt ? zo ja, hoeveel per dag ? wanneer bent u gestopt?                      |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | gebruikt u alcohol ? zo ja, hoeveel per dag ?   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | gebruikt u drugs ? zo ja, welke ?   |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | bent u ooit slachtoffer geweest van geweld ?  |
|                       |    |                       |     | _____   |
| <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nee | heeft u een wilsbeschikking / euthanasieverklaring ?  |

Voor vrouwen :

- Ja    Nee   gebruikt u de pil ?  
\_\_\_\_\_
- Ja    Nee   is er bij u wel eens een uitstrijkje gemaakt? Zo ja, wanneer  
voor het laatst en wat was de uitslag ?  
\_\_\_\_\_
- Ja    Nee   is er bij u wel eens een mammografie gemaakt? Zo ja,  
wanneer voor het laatst en wat was de uitslag ?  
\_\_\_\_\_

Komen er in uw familie [ opa, oma, moeder, vader, tante, oom, broer, zus ] een van de volgende ziektes voor? zo ja, bij wie?

- Ja    Nee   suikerziekte \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   hart- en vaatziekten \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   hoge bloeddruk \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   beroerte / CVA \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   astma / longziekten \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   psychische ziekte \_\_\_\_\_
- Ja    Nee   andere ziekten \_\_\_\_\_

Is er verder nog iets waarvan u het nodig of prettig vindt dat de huisarts het weet ?

- Ja    Nee
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Datum :

Plaats :

Handtekening :

## Huisartsenpraktijk Schinkelkade Toestemming

**Ja**

Ik geef toestemming aan huisartsenpraktijk Schinkelkade om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

**Nee**

Ik geef geen toestemming aan huisartsenpraktijk Schinkelkade om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

### Mijn gegevens

Voorletters en naam : \_\_\_\_\_ Geslacht : M / V \*  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Heeft u kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind een eigen formulier invullen of de paraaf zetten achter de naam in de tabel.

### Gegevens toestemming kinderen

Voorletters	Achternaam	M/V*	Geboortedatum	Ja	Nee	Paraaf indien 12-16 jaar

Datum :

Handtekening :