



vaste patiënten/periodieke patiënten

Geachte heer/mevrouw,

Van harte welkom bij Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Parklaan
Om u te kunnen inschrijven als patiënt hebben wij uw gegevens nodig.
Vul daarom onderstaand formulier zo zorgvuldig mogelijk in.

Wij verwerken dit in ons systeem en de assistente zal dit formulier de eerstvolgende keer dat u komt met u doornemen.

Wij verzoeken u vriendelijk een wettelijk legitimatiebewijs (geen kopie) mee te nemen naar uw inschrijving. Alleen dan kunnen wij uw inschrijving voltooien. (Wij zijn wettelijk verplicht deze controle uit te voeren, vergewissen WID)

Altijd een medicatieoverzicht

Bij het verstrekken van nieuwe medicijnen of bij wijzigingen in het medicijngebruik ontvangt u van ons een medicatieoverzicht.

Houd dit overzicht altijd bij u en neem dit mee als u naar een andere zorgverlener gaat. Met dit medicatieoverzicht is een volgende zorgverlener goed geïnformeerd over uw medicijngebruik, ook in geval van spoed.

Geeft u wijzigingen in uw medicijngebruik aan ons door? Zo houden wij uw dossier actueel en kunnen wij u veilig van geneesmiddelen voorzien.

NB: Vergeet niet aan uw vorige huisarts door te geven dat u gaat verhuizen/ nieuwe huisarts heeft en zij uw toestemming hebben om uw dossier te versturen naar ons?

Heeft u vragen neem dan gerust contact op met onze praktijk.

Met vriendelijke groet,

W.G.W. van Ginkel, huisarts



Inschrijfformulier nieuwe patiënt, vast/periodiek AHAP Parklaan

Voor ieder gezinslid een apart formulier invullen

Datum:

Persoonsgegevens	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Voorletters/namen	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geboorteplaats:	
Geslacht:	
Beroep:	
Burgelijke staat:	

Adresgegevens	
Straatnaam, huisnummer + toevoeging :	
Postcode	
Woonplaats:	
Telefoon nr:	
Mobiel:	
E-mail:	

Verzekeringsgegevens, BSN-nummer en WID	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Verzekering begindatum:	



Burger Service Nummer:	
Soort identiteitsbewijs	
Identiteitsbewijs nummer	

Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
Ja / Nee	Geeft u toestemming voor het versturen van uw medische dossier, geef dit ook door aan uw vorige huisarts

Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:	
Naam:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnr:	
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:



Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, waarom
--------------------------------------	---	---------------

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

Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> Ja (met actuele medicatielijst van apotheek) <input type="checkbox"/> Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruikmper dag of per week:

Heeft u een chronische ziekte of komt deze in uw familie voor?		
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Nierziekte:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee



Astma of COPD:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Andere ziekten:		
Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, welke
Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis	
Bent u wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Zo ja, waaraan en wanneer?		



Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, wanneer,	
Zijn er blijvende gevolgen?	

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.
Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

NB: Vergeet niet bij uw vorige huisarts aan te geven dat u toestemming geeft voor het naar ons verzenden van uw medische gegevens via Zorgmail FT

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

Datum

Naam

Handtekening

.....

.....

.....



- Huisarts
- HAP
- Apotheek
- Ziekenhuis

Toestemmingsformulier patiënten

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverleners om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals beschreven in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' van VZVZ (www.vzvz.nl). De toestemming geldt uiteraard alleen voor de door mij met 'Ja' aangevinkte zorgverleners.

Naam: Voorletters:.....M / V

Adres:

Geboortedatum:E-mail adres

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

<p>Huisarts : Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Parklaan Adres: Parklaan 9 Woonplaats: 1777 BA Hippolytushoef <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Apotheek: Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Parklaan Adres: Parklaan 9 Woonplaats: 1777 BA Hippolytushoef <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Ziekenhuizen: Noordwest Ziekenhuisgroep (NWZ) Locatie Den Helder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Locatie Alkmaar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>

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 zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.
-

Voor- en achternaam:M / V Geboortedatum: <input type="radio"/> Ja, ik geef toestemming <input type="radio"/> Nee, ik geef geen toestemming	Handtekening/Paraaf
Voor- en achternaam:M / V Geboortedatum: <input type="radio"/> Ja, ik geef toestemming <input type="radio"/> Nee, ik geef geen toestemming	Handtekening/Paraaf
Voor- en achternaam:M / V Geboortedatum: <input type="radio"/> Ja, ik geef toestemming <input type="radio"/> Nee, ik geef geen toestemming	Handtekening/Paraaf