**Inschrijfformulier nieuwe patiënt**

(Graag invullen en afgeven op de praktijk. Denkt u eraan om uw legitimatie- en verzekeringsgegevens mee te nemen?)

**Inschrijving patiënt per datum** : ..............................................................................

**Persoonlijke gegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geboorteplaats: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon nr. (vast): |  |
| Mobiel nr. : |  |
| Contactpersoon + telefoon nr. : |  |
| E-mailadres: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apotheek: |  |
| Vorige huisartsenpraktijk:Plaats: |  |
| Zorgverzekeraar: |  |
| BSN nummer:  |  |

**Toestemming delen belangrijke medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP):**
Lees de [voorlichtingsfolder](https://www.volgjezorg.nl/media/downloads/jouw-medische-gegevens-beschikbaar-het-lsp/download) en vul het [toestemmingsformulier](https://www.volgjezorg.nl/media/downloads/toestemmingsformulier/download) in.
Lever het toestemmingsformulier in bij de assistente.

Bovengenoemde patiënt verklaart per bovengenoemde datum ingeschreven te willen worden als patiënt bij huisartsenpraktijk Spoorstraat

Datum : ……………………………………………………………………...

Handtekening : ……………………………………………………………………...

(Indien minderjarig dan ook ondertekening door ouder/wettelijke voogd)

**In te vullen door assistente :**

Gelegitimeerd : ja / nee

ID soort : ................................................... nr.: ....................................................

**Inschrijfformulier nieuwe patiënt (vervolg)
Medische vragen:**

Bent u bekend met allergieën? Ja / nee
Zo ja, welke : ............................................................................................................

 ............................................................................................................

 ............................................................................................................

Gebruikt u medicatie? Ja / nee
Zo ja, welke : ............................................................................................................

 ............................................................................................................

 ............................................................................................................

Bent u onder behandeling van een specialist? Ja / nee

Zo ja, bij wie en waarvoor? : ............................................................................................................

 ............................................................................................................

 ............................................................................................................

Krijgt u een jaarlijkse griepvaccinatie? Ja / nee

Zo ja, om welke reden? : ............................................................................................................ **Komen onderstaande ziektes voor bij uzelf of in de familie?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ziekte: | Bij uzelf: | In de familie: | Namelijk bij: |
| Diabetes mellitus (suikerziekte) |  |  |  |
| Hart- en vaatziekten(hartinfarct/beroerte) |  |  |  |
| Hypertensie(hoge bloeddruk) |  |  |  |
| Verhoogd cholesterol |  |  |  |
| Longziekten(astma/COPD) |  |  |  |
| Schildklierstoornis |  |  |  |
| Reumatische aandoeningen |  |  |  |

Aanvullende opmerkingen : ............................................................................................................