

Hartelijk welkom in ons Gezondheidscentrum.

Van onze patiënten hebben wij een aantal gegevens nodig.

U kunt u via dit formulier inschrijven als u binnen ons werkgebied woont.

Overleg zo nodig met de assistente. U kunt ook aan de balie een inschrijfformulier halen en invullen.

Wilt u dit formulier plus vragenlijst ingevuld inleveren voor het maken van de eerste afspraak.

Graag uw legitimatiebewijs meenemen.

Achternaam, voorletters			
Roepnaam			
Geboortedatum			
Geboorteplaats			
Adres		Huisnummer	
Postcode			Utrecht
Telefoon			
E-mailadres			
Naam vorige huisarts			
Plaats vorige huisarts			
Faxnr./e-mailadres			
Nieuwe apotheek			
Verzekerd bij			
Polis-/klantnummer			
BSN nummer			
Nummer ID/rijbewijs			
Partner al in praktijk?	Nee	Ja, naam	
		Geboortedatum	
Contactpersoon in noodgevallen	Naam		
	Telefoonnummer		

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisartsen Nieuw Plettenburgh

Rijnhuizenlaan 10

3523 JA Utrecht

AGB-code praktijk 01054269

Ondergetekende geeft hierbij toestemming om zijn/haar oude medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts.

Graag medische gegevens versturen via Zorgmail.

Ook geeft ondergetekende toestemming om relevante medische gegevens uit te wisselen met apotheek en specialisten.

Plaats		Datum			
Handtekening					

Let op! Indien kind <12 jaar: ouder/voogd moet handtekening zetten. Indien kind 12-16 jaar: ouder/voogd en kind moeten handtekeningen zetten.

Rookt u? Ja Nee

Gebruikt u Alcohol en/of Drugs? Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Allergieën Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Heeft u onderstaande ziektes (doorgemaakt)? Zo ja, graag toelichten

Hart-/vaatziekten (zoals hartinfarct, beroerte, embolie, trombose) Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Suikerziekte (diabetes) Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Hoge bloeddruk (hypertensie) Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Astma/Bronchitis Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Kwaadaardige aandoeningen Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Psychische en Psychiatrische aandoeningen Ja Nee
 Zo ja, graag toelichten

Komen er in uw familie (ouders, broers, zusters) onderstaande ziektes voor, en bij wie?

Hart-/Vaatziekten bij personen jonger dan 60 jaar Ja Nee
 Zo ja, bij

Suikerziekte (diabetes) Ja Nee
 Zo ja, bij

Hoge bloeddruk (hypertensie) Ja Nee
 Zo ja, bij

Verhoogd cholesterol Ja Nee
 Zo ja, bij

Kanker (o.a. borst, eierstok, darm) Ja Nee
 Zo ja, bij

Traumatische ervaringen in het verleden

Huidige Medicatie

Overige relevante informatie

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek
Naam:	Huisartsen Nieuw Plettenburgh
Adres:	Rijnhuizenlaan 10
Postcode en plaats:	3523 JA Utrecht

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	.....	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres:	.....			
Postcode en plaats:	.....			
Geboortedatum:	.....	Handtekening:	.....	
		Datum:	.....	

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:	.....	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	.....	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Achternaam:	.....	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	.....	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 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.