

Inschrijfformulier

Hierbij bevestig ik dat ik me per .. / .. / inschrijf als patiënt bij huisartsenpraktijk Helios.

Voorletters en naam:	
Geslacht	M / V
Meisjesnaam	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Nationaliteit	
BSN (Burger Service Nummer)	
Ziektekostenverzekering	
Inschrijfnummer (polisnr):	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer thuis	
Mobiele telefoonnummer	
E-mailadres	
Apotheek	
Naam vorige huisarts	

Overige afspraken:

- De patiënt draagt er zorg voor dat de vorige huisarts wordt verzocht om uitschrijving, en dat zijn/haar medisch dossier bij huisartsenpraktijk Helios terecht komt.
- S.v.p. bij inleveren inschrijfformulier kopie van uw zorgpas en identiteitsbewijs meebrengen.

Handtekening huisarts

Handtekening patiënt

Voorletters en naam:	
Geboortedatum	

Deze lijst wordt in uw dossier bewaard. 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 te kort komt, kunt u aan de achterzijde van het formulier verder schrijven. Voor ieder gezinslid graag een apart formulier invullen.

Gezinsverband / Woonverband

- Alleenstaand
- Samenwonend met:
- Gehuwd met:
- Gescheiden sinds:
- Weduwe/ Weduwnaar sinds:

Gezondheid en ziekten

Heeft u klachten [gehad] van respectievelijk:

Hoge bloeddruk	☐ Ja	☐ Nee
Hart- of vaatziekte	☐ Ja	☐ Nee
Hoog cholesterol	☐ Ja	☐ Nee
Suikerziekte	☐ Ja	☐ Nee
Longziekte (astma, TBC, COPD)	☐ Ja	☐ Nee
Schildklierziekte	☐ Ja	☐ Nee
Lever- of darmziekte	☐ Ja	☐ Nee
Aanhoudende gewrichtsklachten	☐ Ja	☐ Nee
Overspanning of depressie	☐ Ja	☐ Nee
Andere ziekte, welke?	☐ Ja	☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee Bent u wel eens geopereerd? Zo ja waarvoor en wanneer?
.....

☐ Ja ☐ Nee Bent u wel eens opgenomen geweest in een ziekenhuis of in
en inrichting? Zo Ja, wanneer en waarvoor?
.....

☐ Ja ☐ Nee Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, waar, bij
wie en waarvoor?
.....

☐ Ja ☐ Nee Gebruikt u medicijnen? Zo ja welke en in welke dosis?
.....
.....

☐ Ja ☐ Nee Heeft u in het verleden de griepvrikk gekregen?
.....

☐ Ja ☐ Nee Bent u ergens gevoelig voor? Zo ja, waarvoor?
.....

☐ Ja ☐ Nee Rookt u of heeft u ooit gerookt? Zo ja, hoeveel per dag?
Wanneer gestopt?
.....

☐ Ja ☐ Nee Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel per dag?

Voor vrouwen:

☐ Ja ☐ Nee Gebruikt u de pil?

☐ Ja ☐ Nee Is er bij u wel eens een uitstrijkje gemaakt? Zo ja wanneer?
.....

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- of vaatziekte

☐ Ja ☐ Nee Hoog cholesterol

☐ Ja ☐ Nee Hoge bloeddruk

☐ Ja ☐ Nee Astma en longziekten.....

☐ Ja ☐ Nee Psychische ziekten.....

☐ Ja ☐ Nee Andere ziekten

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

☐ Ja ☐ Nee

.....

.....

Heeft u behoefte aan een kennismaking gesprek?

☐ Ja ☐ Nee

Toestemming voor het uitwisselen van patiëntengegevens (LSP):

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

☐ Ja ☐ Nee

Toestemming gegevensverwerking:

☐ Ja, ik geef huisartsenpraktijk Helios 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:

Handtekening: