

Aanmeldingsformulier voor nieuwe patiënten.

Welkom in onze huisartsenpraktijk.

Wij vragen u om het aanmeldingsformulier zo compleet mogelijk in te vullen. U dient voor ieder gezinslid een apart aanmeldingsformulier in te vullen. **Door dit aanmeldingsformulier te ondertekenen geeft u ons toestemming dat wij uw medisch dossier bij uw vorige huisarts kunnen opvragen.** Zodra wij uw gegevens ontvangen hebben kan er op uw verzoek een kennismakingsgesprek gepland worden. Wij willen u vragen dit aanmeldingsformulier persoonlijk af te geven aan de doktersassistente. Zij zal u vragen een **geldig legitimatiebewijs** te tonen.

Achternaam: _____ Geslacht: M/V

Voornaam: _____

Woonadres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Geheim: J/N

Mobielnummer: _____ Geheim: J/N

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____

Nummer legitimatiebewijs: _____

BSN-nummer: _____

Burgerlijke staat: _____

Naam zorgverzekeraar: _____

Verzekeringsnummer: _____

Overige gezinsleden:

Achternaam	Voorletters	M/V	Geboortedatum

Voorkeur nieuwe huisarts: Dhr. Takken
 Mw. N. Haselager-Wolfs
 Mw. R. Langen

Dhr. Veeger
 Dhr. Dekker (**patiëntenstop**)
 geen voorkeur

Naam vorige huisarts: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Naam vorige apotheek: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Het LSP (Landelijk Selectie Punt) is ontwikkeld voor zorgverleners om via een beveiligde internetverbinding toegang te geven tot medische gegevens en geneesmiddelengebruik, in het belang van de patiënt-veiligheid. Via het LSP kan een zorgverlener inkijken in ons huisartsen dossier over u. Dit kan van belang zijn als u in het weekend via de huisartsenpost medische zorg nodig heeft. Het gaat dan om medicatie gebruik, de belangrijkste hoofddiagnosen, allergieën en de consultregistratie van de laatste 3 maanden.

Gaat u ermee akkoord dat uw gegevens worden uitgewisseld via het LSP? Ja Nee

Welke medicatie gebruikt u momenteel? (u mag ook een medicatielijst toevoegen)

Medicijn	Sterkte	Dosering

Hebt u allergieën voor medicijnen, conserveermiddelen of zalven? Zo ja dan hieronder aangeven waarvoor:

Bent u in het verleden geopereerd en zo ja waarvoor en wanneer?

Komen de volgende aandoeningen bij u in de familie voor? Zo ja bij wie?

Hart- en vaatziekten: ja/nee _____

Hoge bloeddruk: ja/nee _____

Suikerziekte: ja/nee _____

Verhoogde oogboldruk: ja/nee _____

Borstkanker: ja/nee _____

Darmkanker: ja/nee _____

Darmpoliepen: ja/nee _____

Hoog cholesterol: ja/nee _____

Astma/bronchitis: ja/nee _____

Kwaadaardige moedervlekken: ja/nee _____

Eventuele andere relevante informatie:

Handtekening voor akkoord.

Datum:
