

Huisartsenpraktijk “ De Schaafdries”

J.M.H. Tigchelaar, huisarts

M.G.M. Peeters, huisarts

Schaafdries 8

5371 NJ Ravenstein

Tel.0486-412242

Geachte heer/mevrouw/familie,

Welkom in onze praktijk.

Van onze assistente heeft u vernomen welke zaken u dient te regelen om uw inschrijving correct te verwerken. Hieronder vindt u ze nog eens op een rijtje.

- Bij uw inschrijving in onze praktijk is het van belang dat uw medisch dossier tot onze beschikking komt en niet bij uw vorige huisarts achterblijft.
Wilt u daarom uw vorige huisarts vragen om de medische gegevens naar ons te verzenden?
- Wilt u het “inschrijfformulier voor nieuwe patiënten” en de “vragenlijst voor nieuwe patiënten” invullen en persoonlijk bij de assistente inleveren, op vertoon van een geldig identiteitsbewijs?
- Indien u prijs stelt op een kennismakingsgesprek, kunt u dit doorgeven aan de assistente. Zij maakt hiervoor een afspraak.

Voor een goed verloop van de administratie beschikken we graag over de juiste actuele verzekeringsgegevens.

- Wij verzoeken u dringend op te geven bij welke maatschappij u bent verzekerd en wat uw relatienummer is (en tevens de relatienummers van uw mede-gezinsleden).
Wij declareren rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar, wat u en ons veel tijd en kosten bespaart aan overbodige administratie.

Indien u hierover vragen heeft, kunt u hiervoor bij onze assistente terecht.

Wij hopen op een “gezonde” samenwerking.

Voor informatie over de praktijk willen wij u wijzen op onze website:

huisartsenpraktijkravenstein.synchron.info

J.M.H. Tigchelaar

M.G.M. Peeters

Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten (a.u.b. met zwarte pen invullen)

Achternaam	
Roepnaam	
Voorletters	
Man/vrouw/anders	
Geboortedatum	
Geboorteplaats/land	
BSN	
Adres + huisnummer	
Postcode + Woonplaats	
Telefoonnr. Thuis	
Mobiel nummer	
E-mailadres	
Zorgverzekering	
Polis nummer	
Type identiteitsbewijs *	Paspoort – ID- rijbewijs - vreemdelingendocument
Nr identiteitsbewijs	
Naam/woonplaats/tel.nr vorige huisarts	
Reden van herkeuze	
Nieuwe apotheek	

**Doorhalen wat niet van toepassing is*

Datum

Handtekening

Vragenlijst voor nieuwe patiënten (a.u.b. met zwarte pen invullen)

Heeft u moeite met lezen en/of schrijven? Ja / Nee

Indien gewenst en u alleen woont kan u hier naam en telefoonnummer noteren van een contactpersoon bij calamiteiten: _____

Woonverband

0 alleenstaand

0 gehuwd

met: _____

0 samenwonend

met: _____

0 weduw(e)naar

sinds: _____

0 gescheiden

sinds: _____

Heeft u kinderen?

0 nee

0 ja, thuiswonend

aantal: _____

Indien u gescheiden bent wie heeft het gezag over de kinderen ?

Tel.nr. beide ouders noteren aub:

0 ja, uitwonend

aantal: _____

Werk

Opleiding

: _____

Beroep

: _____

Arbeidsongeschikt, zo ja sinds : _____

Gezondheid en ziekten

Wat is uw gewicht ? _____

Wat is uw lengte ? _____

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

- 0 suikerziekte
- 0 longziekten (astma, chronische bronchitis, tbc)
- 0 hoge bloeddruk
- 0 hart- of vaatziekten
- 0 overspanning
- 0 depressie
- 0 eetstoornis
- 0 lever of darmziekten
- 0 aanhoudende gewrichtsklachten
- 0 geslachtsziekten (soa)
- 0 schildklierziekten
- 0 andere relevante ziekten, namelijk: _____

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist ?

- 0 nee
- 0 ja, specialisme: _____
ziekte: _____

- specialisme: _____
ziekte: _____

Heeft u wel eens een operatie ondergaan ?

- 0 nee
- 0 ja, waarvoor? _____
- In welk jaar: _____

Heeft u weleens een groot ongeluk gehad ?

- 0 nee
- 0 ja, nog blijvende gevolgen? _____

Gebruikt u geneesmiddelen ?

- 0 nee
- 0 ja, namelijk:

Bent u overgevoelig (allergisch) voor

0 geneesmiddelen; _____

0 bepaald eten of drinken; _____

0 andere stoffen; _____

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad ?

0 nee

0 ja, de reden: _____

Rookt u ?

0 nee

0 ja, aantal sigaretten per dag: _____ aantal jaren: _____

0 voorheen, aantal jaar gestopt: _____

Drinkt u alcohol ?

0 nee

0 ja, gemiddeld aantal glazen per dag: _____

Gebruikt u drugs ?

0 nee

0 ja, welke ? _____

Bent u wel eens getest op aids ?

0 nee

0 ja, in het jaar: _____ Uitslag: _____

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld ?

0 nee

0 ja

Voor vrouwen

Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt ?

0 nee

0 ja, in het jaar _____ Uitslag: _____

Is er ooit een mammografie (foto van de borsten) gemaakt ?

0 nee

0 ja, in het jaar: _____ Uitslag: _____

Ziekten in de familie

Zijn uw ouders nog in leven ?

0 nee, eventuele doodsoorzaak: _____

0 ja, leeftijd: _____

Welke ziekten komen in de familie voor ?

0 suikerziekte

bij wie: _____

op welke leeftijd: _____

0 hoge bloeddruk

bij wie: _____

op welke leeftijd: _____

0 hart en vaatziekten

bij wie: _____

op welke leeftijd: _____

0 beroerte of hersenbloeding

bij wie: _____

op welke leeftijd: _____

0 astma, COPD

bij wie: _____

0 kanker,

soort kanker: _____

bij wie: _____

0 nierziekten

bij wie: _____

0 psychische ziekten

bij wie: _____

Algemeen

Voelt u zich gezond?

Wilt u hieronder s.v.p. de gegevens van eventuele kinderen vermelden die ook in de praktijk komen (Kinderen boven de 16 graag zelf een inschrijfformulier in laten vullen!):

Achternaam	Voorletters	Roepnaam	M/V	Geb.datum	BSN	Verz+ nr

Zijn er verder nog dingen te vermelden over de kinderen die mogelijk van belang zijn zoals medicijnen, ziektes, schoolproblemen, eet- of slaapproblemen etc. ? **S.v.p. steeds duidelijk aangeven welk kind het betreft.**

Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts het weet of wat u graag met hem/haar wil bespreken?

Eventuele andere suggesties/vragen:

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Mijn gegevens *vergeet niet je handtekening te zetten*

Achternaam:

Voorletters:

M

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: M V
Geboortedatum: Handtekening: JA NEE

Achternaam: Voorletters: M V
Geboortedatum: Handtekening: JA NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
ouder of voogd: Datum: