

## Inschrijfformulier

Inschrijving per: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: M /V

BSN (BurgerServiceNummer): \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_

Naam en woonplaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Naam en woonplaats vorige apotheek: \_\_\_\_\_

Ik verklaar hierbij:

O Ingeschreven te zijn bij Huisartsenpraktijk De Libelle en geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts

O Ingeschreven te zijn bij apotheek DokZuid te Apeldoorn en geef toestemming voor het opvragen van een medicatie overzicht bij mijn vorige apotheek

O Toestemming te geven voor het opvragen en uitwisselen van gegevens via het LSP, aan andere zorgverleners, waaronder Huisartsenpost Apeldoorn, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim (zie [www.volggezorg.nl](http://www.volggezorg.nl) of vraag de folder in onze praktijk)

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(jongeren vanaf 16 jaar moeten zelf ondertekenen)

Handtekening ouder: \_\_\_\_\_

(Bij inschrijfformulier kind 12 tot 16 jaar)

## Medische gegevens

Heeft u een chronische ziekte?  Nee  Ja, zo ja, welke?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Suikerziekte   | <input type="radio"/> Hart- of vaatziekten |
| <input type="radio"/> Hoge bloeddruk | <input type="radio"/> Nierziekte           |
| <input type="radio"/> Astma/COPD     | <input type="radio"/> Epilepsie            |
| <input type="radio"/> Kanker         | <input type="radio"/> Schildklierziekte    |
| <input type="radio"/> Depressie      | <input type="radio"/> Lever-of darmziekten |
| <input type="radio"/> Overig: _____  |  |

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?  Nee

Ja, specialisme: \_\_\_\_\_ Ziekte: \_\_\_\_\_

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor:  Nee

Ja, welke? \_\_\_\_\_

Rookt u?  Nee  Ja, zo ja, hoeveel per dag? \_\_\_\_\_

Krijgt u elk jaar een griepspuit?  Nee  Ja

Gebruikt u geneesmiddelen?  Nee  Ja, namelijk (naam geneesmiddel en dosering):

---

---

---

**(Svp een medicatie overzicht van uw vorige apotheek toevoegen!)**

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem (baxter) voor uw geneesmiddelen?

Nee  Ja

Gebruikt u zelfzorgmiddelen? (zoals pijnstillers, maagtabletten, vitamines, Sint Janskruid)

Nee  Ja, welke? \_\_\_\_\_

Bent u overgevoelig (allergisch) voor:

Geneesmiddelen, zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Bepaald eten/drinken (bv gluten) \_\_\_\_\_

Andere stoffen? \_\_\_\_\_

Heeft u een wilsverklaring?

Nee  Ja (**graag ontvangen wij een afschrift**)

Heeft u een euthanasieverklaring?

Nee  Ja (**graag ontvangen wij een afschrift**)