

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: _____

ja nee Ik heb aan mijn vorige apotheek toestemming gegeven om gegevens via het LSP te delen.

Ik verklaar hierbij:

- Ingeschreven te zijn bij Huisartsenpraktijk De Libelle en geef **toestemming** voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts
- Akkoord te gaan met inschrijving bij **BENU apotheek DokZuid** te Apeldoorn en geef toestemming voor het opvragen van een medicatie overzicht bij mijn vorige apotheek. In onze praktijk bevindt zich het afgiftepunt van de apotheek en bestelde medicatie kunt u elke werkdag tussen 14.00-17.00 uur ophalen in onze praktijk
- 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.volgjezorg.nl of vraag de folder in onze praktijk)

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

Handtekening ouder: _____

(Bij inschrijfformulier kind 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**)