

## Inschrijfformulier huisartspraktijk D. Snoodijk

### Persoonsgegevens

Achternaam:	
Voorletters:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	M / V
Identiteitscontrole uitgevoerd aan de hand van geldig ID	ja / nee

### Adresgegevens

Straat:		
Postcode:		Plaats:
Telefoonnummer:		
Mobiel nummer:		
Emailadres:		

### Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:	

### Gegevens vorige huisarts

Naam:	
Adres:	

## Gegevens vorige apotheek

Naam:	
Adres:	

## Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

- Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.

Datum:

Handtekening:

## Gegevens nieuwe apotheek

Naam:	
Adres:	

## Medische gegevens

**Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?**

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>	<i>Andere allergieën/overgevoeligheden</i>

## Gebruikt u medicijnen?

- nee  
 ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Hoeveel mg</i>	<i>Gebruik per dag of per week</i>

**Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?** Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?

- nee  
 ja (vul hieronder in welke middelen u gebruikt)


**Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie voor?**

	<b>Bij u zelf</b>	<b>in uw familie</b>
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/ vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

Andere ziekten die van belang kunnen zijn ..... ..

**Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam erfelijke ziekte/aandoening*


**Welke vaccinaties heeft u in het verleden gehad?**

- Standaard kindervaccinaties ja / nee
- Reizigersvaccinaties ja / nee
  - Zo ja welke:
- Extra vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis B) ja / nee
  - Zo ja welke:
- Griepvaccinatie ja / nee

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Naam van specialist*

*Naam van ziekenhuis*


**Bent u wel eens geopereerd?**

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Waarom geopereerd?*

*Wanneer geopereerd?*



Verificatie door huisarts		
Toestemming LSP verwerkt		

# Toestemmingsformulier

## Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

JA

NEE

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)'.

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: .....