



# DE COMPAENEN

Groepspraktijk huisartsen

## Inschrijfformulier

U kunt zich met dit formulier aanmelden bij onze praktijk en wij verzoeken u dit inschrijfformulier goed te lezen en in te vullen. Wanneer u het formulier ondertekend weer bij ons heeft ingeleverd, schrijven wij u in en bent u patiënt bij ons.

Wilt u hierbij een **kopie van uw rijbewijs of identiteitsbewijs** afgeven?

Gegevens vorige huisarts:

Naam:

Woonplaats:

Gelijktijdige inschrijving in een andere huisartsenpraktijk is niet mogelijk. Wilt u zich zo spoedig mogelijk laten uitschrijven bij uw oude huisarts en zorgen dat wij uw medisch dossier ontvangen?

Wilt u alvast een van de onderstaande apotheken kiezen:

- Alphega Apotheek Swarte (voorheen Linde Apotheek)  
Veldschans 79/81  
8448 EX Heerenveen
- Alphega Apotheek Haskerbrug  
Kattebos 146  
8446 DB Heerenveen
- Apotheek Schoterpoort  
Burgemeester Falkenaweg 204-208  
8443 DH Heerenveen
- Benu Apotheek De Greiden  
Jister 17  
8446 CD Heerenveen

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u ons bereiken op telefoonnummer 0513 623515



### ***Aanvullende gegevens***

Beroep :

Burgerlijke staat : ongehuwd / gehuwd / alleenwonend / samenwonend/ anders nl:

Samenwonend met een patiënt die al bij ons in de praktijk ingeschreven staat : ja/nee

Zo ja, met wie (naam en geboorte datum) :

### ***Medische informatie***

*Heeft u één van de volgende (chronische) aandoening?*

- |                               |         |
|-------------------------------|---------|
| 1. Verhoogde bloeddruk        | ja/nee* |
| 2. Hart en/of vaatziekten     | ja/nee* |
| 3. Suikerziekte               | ja/nee* |
| 4. Astma/ COPD/ longziekten   | ja/nee* |
| 5. Allergie/ overgevoeligheid | ja/nee* |
| 6. Hooikoorts                 | ja/nee* |
| 7. Bijwerkingen op medicijnen | ja/nee* |
| 8. Andere problemen:          |         |

*Bent u wel eens geopereerd of opgenomen in een ziekenhuis of andere instelling? ja/nee\**

Zo ja: waarvoor? Wanneer?

*Staat u (nog steeds) onder controle van een specialist? ja/nee\**

*Gebruikt u medicijnen?*

Zo ja: welke?

Als u deze wilt herhalen wilt u dan **de eerste keer** met de originele verpakking komen zodat wij zeker zijn van het juiste recept.

*Rookt u? ja/nee\**

Zo ja hoeveel per dag?

*Gebruikt u alcohol? ja/nee\**

Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per week?

*Is er nog iets waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet?*

# Toestemmingsformulier



Beschikbaar stellen van je medische gegevens via het LSP

volg je zorg

JA

Ik geef **wet** 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: ..... **De Compagnen**

Adres: ..... **Groepspraktijk Huisartsen**

..... **Veidschane 115**

..... **8448 EX Heerenveen**

Postcode en plaats: .....

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens

Achternaam: ..... Voorletters: .....  M  V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: ..... Datum: .....

## Wil je toestemming regelen voor je kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming.
- 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 je eigen handtekening te zetten.

Voor- en achternaam: .....  M  V

Geboortedatum: .....

JA  NEE Handtekening kind: .....

Voor- en achternaam: .....  M  V

Geboortedatum: .....

JA  NEE Handtekening kind: .....

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

Handtekening ouder of voogd: ..... Datum: .....

.....

Vergeet niet je handtekening te zetten.

Z.O.Z.

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek  
bij wie je toestemming regelt.