

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
Veldschans 79/81
8448 EX Heerenveen
- Alphega Apotheek Schoterpoort
Burgemeester Falkenaweg 204-208
8443 DH Heerenveen
- Benu Apotheek Heerenveen
Jister 17
8446 CD Heerenveen

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

Inschrijfformulier Nieuwe Patiënten

U wilt ingeschreven worden per - -

Naam huisarts : *U krijgt een huisarts toegewezen wanneer u dit inschrijfformulier bij ons inlevert aan de balie.*

Uw persoonlijke gegevens

Naam + Voorletters : M / V

Roepnaam :

Adres + Postcode+ Plaats :

Geboortedatum :

Telefoonnummer : Mobiel :

Telefoonnummer bij spoed :

Mailadres :

BSN burgerservicenummer :

Uw verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar :

Polisnummer :

Uzovi code :

Patiënt verklaart hierbij dat hij/zij bij bovengenoemde huisarts in zijn/haar praktijk staat ingeschreven en geeft daarbij toestemming aan de oude huisarts om het medisch dossier op te sturen.

Datum : Handtekening :

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?



volg je zorg

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

☐ 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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

☐ 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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?	☒ mijn huisarts ☐ mijn apotheek
Naam:	Groepspraktijk Huisartsen De Compaenen
Adres:	Veldschans 115
Postcode en plaats:	8448 EX Heerenveen

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	_____	Voorletters:	_____
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:	_____	
Geboortedatum:	_____	Handtekening kind:	_____	☐ JA ☐ NEE
Achternaam:	_____	Voorletters:	_____	
Geboortedatum:	_____	Handtekening kind:	_____	☐ JA ☐ NEE

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

Handtekening ouder of voogd:	_____	Datum:	_____
------------------------------	-------	--------	-------

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