



INSCHRIJVING

Hartelijk welkom in ons Gezondheidscentrum.

Van onze patiënten hebben wij een aantal gegevens nodig.

U kunt u via het formulier op onze site inschrijven als u binnen ons werkgebied woont.

Overleg zo nodig met de assistente. U kunt ook aan de balie een inschrijfformulier halen en invullen.

Wilt u dit formulier plus vragenlijst ingevuld inleveren voor het maken van de kennismakingsafpraak. Graag uw legitimatiebewijs meenemen.

Achternaam, voorletters: m/v
Roepnaam:
Geboortedatum:
Geboorteplaats:
Adres:
Postcode:
Telefoon:
E-mailadres:
Naam vorige huisarts:
Plaats vorige huisarts:
Faxnr./e-mailadres:
Nieuwe apotheek:
Verzekerd bij:
Polis-/klantnummer
BSN nummer:
Nummer ID/Rijbewijs:
Partner al in praktijk? Nee/Ja -> Naam + geb. datum:
Contactpersoon Noodgevallen: Naam:.....Tel nr:.....

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds.....als patiënt staat ingeschreven bij:

Gezondheidscentrum Binnenstad
Van Asch van Wijckskade 28
3512 VS Utrecht
AGB-code praktijk 055061

Ondergetekende geeft hierbij toestemming om zijn/haar oude medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts. Graag medische gegevens versturen via Zorgmail.

Ook geeft ondergetekende toestemming om relevante medische gegevens uit te wisselen met apotheek en specialisten.

Plaats..... Datum.....

Handtekening(en).....

Let op! Indien kind <12 jaar: ouder/voogd moet handtekening zetten. Indien kind 12-16 jaar: ouder/voogd **en** kind moeten handtekeningen zetten.



VRAGENLIJST

Rookt u? JA/NEE
Gebruikt u Alcohol en/of Drugs? Zo ja, graag toelichten..... JA/NEE
Allergie? Zo ja, welke JA/NEE

Heeft u onderstaande ziektes (doorgemaakt)? Zo ja, graag toelichten

Hart-/Vaatziekten (zoals hartinfarct, beroerte, embolie, trombose) JA/NEE

Suikerziekte (diabetes) JA/NEE

Hoge bloeddruk (hypertensie) JA/NEE

Astma/Bronchitis JA/NEE

Kwaadaardige aandoeningen JA/NEE

Psychische en Psychiatrische aandoeningen JA/NEE

Komen er in uw familie (ouders, broers, zusters) onderstaande ziektes voor, en bij wie?

Hart-/Vaatziekten bij personen jonger dan 60 jaar JA/NEE

BIJ:.....

Suikerziekte (diabetes) JA/NEE

BIJ:.....

Hoge bloeddruk (hypertensie) JA/NEE

BIJ:.....

Verhoogd cholesterol JA/NEE

BIJ:.....

Kanker (o.a. borst, eierstok, darm) JA/NEE

BIJ:.....

Traumatische ervaringen in het verleden:

Huidige Medicatie:

Overige relevante informatie:

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 '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: Gezondheidscentrum Binnenstad Huisartsen

Adres: Van Asch van Wijckskade 28

Postcode en plaats: 3512 VS Utrecht

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum: Handtekening:

Nummer ID/Rijbewijs 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:

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