

Ondergetekende,

Naam

Geboortedatum

BSN nummer

Naam huisgenoten	Geboortedatum	BSN nummer

verklaart sinds als patiënt ingeschreven te staan bij:

Huisartsenpraktijk BF van Leenen

Minervaplein 2b

3054 SK Rotterdam

fax 010 4181863

en verzoekt hierbij:

Naam vorige huisarts	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	

hem/haar (en eventueel familieleden) uit te schrijven uit zijn/haar praktijk, het medisch dossier op te sturen, indien mogelijk elektronisch (wij werken met Medicom).

Handtekening

Datum

Geachte heer/ mevrouw,

Hartelijk welkom in de praktijk van:

B.F. van Leenen

Graag willen wij van u een aantal dingen weten. Wilt u het inschrijfformulier invullen en **persoonlijk** afleveren bij de praktijk, *voorzien van een kopie van uw verzekeringspas en paspoort, ID-kaart of rijbewijs* (denk ook aan de achterkant). Ingestuurde formulieren kunnen wij helaas niet in behandeling nemen.

Wilt u uw oude huisarts melden dat u nu ingeschreven bent bij één van de bovengenoemde artsen?

Na ontvangst van het ingevulde inschrijfformulier wordt er zo spoedig mogelijk een dossier voor (en uw gezinsleden) gemaakt en melden wij bij uw zorgverzekeraar de inschrijving.

Daarmee wordt een bericht met een link naar uw oude huisarts gestuurd zodat deze uw dossier digitaal kan verzenden.

Wij declareren de kosten voor de medische zorg volgens door het NZA vastgestelde tarieven rechtstreeks aan uw zorgverzekeraar. De verzekeraar verrekent met u het eventuele eigen risico. Voor kosten die wij niet bij uw zorgverzekeraar kunnen innen krijgt u zelf een rekening.

Als uw huishouden uit meer dan één persoon bestaat, graag voor iedere persoon een apart formulier invullen.

INSCHRIJFFORMULIER	
Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode	
Telefoon thuis	
Geslacht	m / v
Geboortedatum	
Voorletters + voornaam	
Meisjesnaam	
BSN nummer	
Apotheek	Hillegersberg / Beethoven / Schiebroekse apotheek / Medisch Centrum Schiebroek/ Kostense
E-mail	
Mobiele telefoon	
Nationaliteit	
Geloof	
Studierichting / beroep	
Burgerlijke staat	alleenwonend / samenwonend / gehuwd / gescheiden / weduwnaar
Vorige huisarts	
Donorcodicil	nee / ja
Euthanasieverklaring	nee / ja sinds:

Het Landelijk Schakel Punt

Wij zijn aangesloten op het LSP. Hieronder kunt u uw keuze kenbaar maken of u toestemming geeft aan onderstaande zorgverlener om uw gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. U kunt de informatie lezen op <https://www.volgjezorg.nl/toestemming> of vraag een folder aan de assistente

- Ja, ik geef toestemming
- Nee, ik geef geen toestemming

Handtekening

Datum

1. Bent u bekend met één of meer chronische aandoeningen en zo ja sinds wanneer?

- Suikerziekte
- Longziekten, namelijk astma, copd of anders
.....
- Hoge bloeddruk
- Hoog cholesterol
- Hart- en vaatziekten, namelijk
.....
- Psychische ziekten, namelijk
.....
- Lever-of darmziekten, namelijk
.....
- Aanhoudende gewrichtsklachten
- Geslachtsziekten, namelijk
.....
- Nierziekten
- Schildklierziekten
- Andere ziekten, namelijk
.....

2. Welke ziekten komen er in de familie voor en bij wie (vader/moeder/broer/zus/opa of oma van vader of moeders kant)?SVP omcirkelen indien van toepassing.

- Hart –en vaat ziekte bij: vader/moeder/broer/zus/opa of oma van vaderszijde/opa of oma van moederszijde
- Mammacarcinoom/borstkanker bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde
- Eierstokkanker bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde
- Darmkanker bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde
- Suikerziekte bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde
- Hoog cholesterol bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde
- DES-gebruik moeder.....

3. Bent u overgevoelig (allergisch)?

Nee

Ja, Geneesmiddelen,
namelijk.....

Bepaald eten of drinken, namelijk.....

Iets anders, namelijk.....

4. Rookt u?

Nee

Ja, sigaretten/shag/sigaar/pijp per dag

Gestopt sinds

5. Heeft u wel eens een operatie ondergaan?

Nee

Indien ja, vul dan onderstaande tabel in

Datum operatie	Operatie aan

6. Gebruikt u geneesmiddelen?

Nee

Indien ja, vul dan onderstaande tabel in

Naam medicijn	Sterkte	Dosering

7. Als er dingen zijn waarvan u denkt dat ze voor uw huisarts van belang zijn te weten, kunt u dat hier vermelden

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....