**Huisartsenpraktijk Maasdam**

**Maaslaantje 2, 3299 BM Maasdam**



**Tel: 078-6761253**

**Inschrijfformulier**(Per patiënt één inschrijfformulier)

**Persoonsgegevens**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | |
| Voorletters: |  | |
| Roepnaam: |  | |
| Geboortedatum: |  | Geslacht: |
| Straat en huisnummer: |  | |
| Postcode en plaats: |  | |
| Telefoonnummer: |  | |
| Mobiel nummer: |  | |
| Emailadres: |  | |
| BSN nummer: |  | |
| Beroep: |  | |
| Aantal gezinsleden: |  | |

**Verzekeringsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar: |  |
| Polisnummer: |  |
| UZOVI-nummer:  (te vinden op zorgpas) |  |

**Gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres: |  |

**Gegevens vorige apotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres: |  |

Gewenste datum van inschrijving:       Handtekening:**Medische gegevens**  
  
**Bent u momenteel onder behandeling van een specialist?**

**nee**  **ja**, waarvoor bij welke specialist en ziekenhuis?

Aandoeding/ziekte Specialist Ziekenhuis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Bent u wel eens geopereerd?**

**nee**  **ja**, waarvoor?

Jaartal Operatie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Bent u allergisch (of heeft een overgevoeligheid) voor geneesmiddelen of hulpstoffen?**

nee  ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

*Geneesmiddel en/of hulpstof Bijwerking*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Gebruikt u medicijnen?**

**nee**  **ja (Graag een actueel medicatie overzicht bijvoegen, deze kunt u bij uw apotheek opvragen**

**óf hieronder te noteren)**

**Medicijn Hoeveel mg Hoe vaak per dag/week/maand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Heeft u een chronische ziekte / aandoening?**

**nee**  **ja, namelijk:**

**Diabetes**  **COPD**  **Astma**

**Hoge bloeddruk**  **Hart- vaatziekte**  **Schildklieraandoening**

**Anders, namelijk:**

**Krijgt u een griepvaccinatie?**

**nee**  **ja**

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

**nee**  **ja, zo ja welke:**

**Zijn nog onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts op de hoogte moet zijn?**

**-**

**-**

**Geeft u toestemming voor het LSP\*?**

**ja**  **nee**

**\* LSP staat voor l**andelijk schakelpunt, dit biedt ons de mogelijkheid, indien nodig, belangrijke informatie over uw gezondheid/medicatie te delen met andere zorgaanbieders (huisartsenpost /ziekenhuis). Zij mogen uw medische gegevens alleen bekijken als dat nodig is voor uw behandeling en indien u toestemming geeft.

**Wilt u gebruik maken van MGn: ( MijnGezondheid.net)**

MijnGezondheid.net is een online patiëntenportaal waarmee u als patiënt op een veilige manier en op afstand kan communiceren met uw huisarts en/of apotheker.

**ja**  **nee**

**Nb: nadere informatie over MGN en LSP kunt u vinden op onze website:** [www.praktijkmaasdam.net](http://www.praktijkmaasdam.net)

**Wenst u een kennismakingsgesprek?**

**ja**  **nee**

**Wij vragen u de volgende zaken mee te sturen of mee te nemen bij inschrijving:  
-** Ingevuld inschrijfformulier   
- Uw ID-kaart/paspoort ter verificatie   
- Verzekeringsbewijs/zorgpas

**N.B. De inschrijving is pas definitief na goedkeuring van de huisarts.**

**Wilt u aan het ziekenhuis waar u onder behandeling bent doorgeven dat u van huisarts veranderd bent?**