

datum ontvangst:  
datum gefaxt:  
aanmelding apotheek verstuurd:  
aanmelding JGZ (indien kinderen onder 4 jaar):  
aanmelden ION:

door:  
door:  
door:  
door:  
door:

## INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK /APOTHEEK

Graag per persoon van 16 jaar en ouder een apart formulier invullen. In de bijlage van dit inschrijfformulier kunt u de namen van de meeverhuizende kinderen t/m 15 jaar noteren.

Datum aanmelding: \_\_\_\_\_ Naam huisartsenpraktijk/apotheek: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Achternaam \_\_\_\_\_ M/V \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer thuis: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Vrije werkdag: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN): \_\_\_\_\_ Kaartnummer: \_\_\_\_\_ Paspoort/ Rijbewijs /ID/  
verblijfsvergunning \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Relatie(klant)nummer: \_\_\_\_\_

Vorig woonadres: \_\_\_\_\_

Naam vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Naam vorige apotheek: \_\_\_\_\_

Adres vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Vestigingsplaats vorige apotheek: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart hierbij:

- dat hij / zij zich als patiënt inschrijft bij de huisartsenpraktijk van (naam huisarts) \_\_\_\_\_ code \_\_\_\_\_ en bij de apotheek van de huisartsenpraktijk te Almere,
- indien uw vorige huisarts/apotheek in Almere gevestigd is: dat de medische en apotheekgegevens opgevraagd mogen worden bij de vorige huisarts/apotheek in Almere en opgenomen mogen worden in uw dossier bij uw nieuwe huisarts en apotheek,
- dat bij opname in het ziekenhuis gegevens doorgegeven mogen worden aan het ziekenhuis, waaronder medicatie- en andere medisch relevante gegevens.

Het is niet mogelijk bij meer dan 1 huisarts ingeschreven te staan. Het is daarom noodzakelijk dat u zich bij uw vorige huisarts laat uitschrijven. Bij overschrijven binnen Almere gaat dat automatisch, maar heeft u een huisarts buiten Almere dan schrijft u zich daar uit en vraagt u aan uw vorige huisarts om uw medische gegevens op te sturen naar uw nieuwe huisarts.

Geeft u toestemming aan uw nieuwe apotheek om uw gegevens op te vragen bij uw vorige apotheek buiten Almere? **Ja / Nee**

Indien u geen toestemming aan uw nieuwe apotheek geeft, meldt u zich dan bij de balie van de nieuwe apotheek om uw medicatiegegevens zelf te bespreken/af te geven.

Wanneer u dit getekende formulier persoonlijk afgeeft bij de receptie van uw nieuwe huisartsenpraktijk, verzoeken wij u uw **VERZEKERINGSBEWIJS EN UW LEGITIMATIEBEWIJS** (rijbewijs, paspoort of identiteitskaart) mee te nemen.

Indien u niet verzekerd bent, dient na ieder consult contant af te rekenen, bij de apotheek kunt u alleen pinnen.

Handtekening \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

datum ontvangst:  
datum gefaxt:  
aanmelding apotheek verstuurd:  
aanmelding JGZ (indien kinderen onder 4 jaar):  
aanmelden ION:

door:  
door:  
door:  
door:  
door:

**BIJLAGE INSCHRIFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK/APOTHEEK**

Vul hier de gegevens in van meeverhuizende kinderen (t/m 15 jaar):

Inschrijven op adres:

Postcode en Woonplaats:

**Kind 1**

Voorletters en roepnaam	M/V	Burgerservicenummer:	Zorgverzekeraar:
Achternaam		Kaartnummer:	Relatie(klant)nummer:
Geboortedatum		Paspoort/rijbewijs/ID/ verblijfsvergunning	

**Kind 2**

Voorletters en roepnaam	M/V	Burgerservicenummer:	Zorgverzekeraar:
Achternaam		Kaartnummer:	Relatie(klant)nummer:
Geboortedatum		Paspoort/rijbewijs/ID/ verblijfsvergunning	

**Kind 3**

Voorletters en roepnaam	M/V	Burgerservicenummer:	Zorgverzekeraar:
Achternaam		Kaartnummer:	Relatie(klant)nummer:
Geboortedatum		Paspoort/rijbewijs/ID/ verblijfsvergunning	

Door ondertekening van de bijlage verklaart u dat de gegevens van de meeverhuizende kinderen juist en volledig zijn ingevuld.

Handtekening

Datum

**Indien kinderen jonger dan 4 jaar worden ingeschreven:**

Door ondertekening verleent u tevens toestemming dat het jeugdgezondheidsdossier bij het vorige consultatiebureau wordt opgevraagd.

Naam vorig consultatiebureau:

Indien u van buiten Almere komt, graag de gegeven van het vorige consultatiebureau invullen

Adres:

Postcode en Woonplaats

Telefoonnummer:

**INFORMATIEFORMULIER VOOR UW NIEUWE HUISARTS**

Datum: \_\_\_\_\_ Naam huisartsenpraktijk: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_ M / V \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: Alleenwonend / gehuwd / samenwonend \_\_\_\_\_ /gezin / gescheiden / weduwe / weduwnaar \_\_\_\_\_

Geboorteland \_\_\_\_\_ Geboorteland ouders: \_\_\_\_\_

Beroep/opleiding \_\_\_\_\_

Had u bij uw vorige huisarts contact met de praktijkondersteuner?  
\_\_\_\_\_ ja / nee \_\_\_\_\_

Zo ja, wat was de reden?  
\_\_\_\_\_

**Algemene vragen:**

- *Rookt u?* \_\_\_\_\_ ja / nee / gestopt
- *Drinkt u alcohol?* \_\_\_\_\_ ja / nee  
*Zo ja hoeveel eenheden per dagen, week, maand?* \_\_\_\_\_ eenheden per \_\_\_\_\_
- *Heeft u een donorcodicil?* \_\_\_\_\_ ja / nee
- *Heeft u een euthanasieverklaring?* \_\_\_\_\_ ja / nee

**Heeft u:**

- *een hoge bloeddruk* \_\_\_\_\_ ja / nee
- *een hart-/vaatziekte* \_\_\_\_\_ ja / nee  
*Zo ja, welke?* \_\_\_\_\_
- *Diabetes Mellitus (suikerziekte)* \_\_\_\_\_ ja / nee
- *Astma en of COPD* \_\_\_\_\_ ja / nee
- *Andere ernstige ziekten hierboven niet genoemd?* \_\_\_\_\_ ja / nee  
*Zo ja, welke?* \_\_\_\_\_
- *Allergie/overgevoeligheid* \_\_\_\_\_ ja / nee  
*Zo ja, waarvoor?* \_\_\_\_\_
- *Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen yes / no* \_\_\_\_\_  
*Zo ja, voor welke?* \_\_\_\_\_

Bent u bekend bij de praktijkondersteuning? \_\_\_\_\_ Ja/nee \_\_\_\_\_

Komen er bij uw ouders / broers / zusters onder de 60 jaar hart of vaatziekte voor?  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_ ja / nee \_\_\_\_\_

Heeft u voorkeur voor een mannelijke huisarts / vrouwelijke huisarts / geen voorkeur (\*)  
(\* ) Wij kunnen de door u aangegeven voorkeur niet garanderen.

Wij bieden u de mogelijkheid tot een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts, als u dat zou willen kunt u hiervoor een afspraak maken.

Is er nog iets waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet? Zo ja:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR UW NIEUWE HUISARTS**

**Toestemming gebruik e-mailadres**

Ik geef hierbij toestemming voor het gebruik van mijn e-mailadres voor

de ontvangst van nieuwsbrieven

het toezenden van de jaarlijkse vragenlijst in het kader van het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek.

**Toestemming gebruik mobiele telefoonnummer voor sms-herinnering service**

U mag mijn mobiele telefoonnummer gebruiken om herinneringen aan mijn afspraken bij de huisarts of praktijkondersteuner te sturen.

**Ik verklaar hierbij:**

- dat mijn medische en apotheekgegevens opgevraagd mogen worden bij mijn vorige huisarts en/ of apotheek en dat deze gegevens mogen worden opgenomen in mijn dossier bij mijn nieuwe huisarts en apotheek.

JA huisarts  NEE huisarts

JA apotheek  NEE apotheek

- dat ik toestemming geef aan de huisartsenpraktijk en/ of apotheek van gezondheidscentrum \_\_\_\_\_ om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar stellen via het Landelijk Schakelpunt ('LSP')

JA huisarts  NEE huisarts

JA apotheek  NEE apotheek

- Het is belangrijk dat de huisarts/ apotheek uw actuele gegevens kan inzien. Zo krijgt deze een goed beeld van uw medische status en krijgt u de juiste zorg.
- Het is belangrijk dat de huisarts/ apotheek uw actuele gegevens kan inzien. Zo krijgt deze een goed beeld van uw medische status en krijgt u de juiste zorg. **Dat kan alleen als u er toestemming voor geeft. Uw toestemming kunt u te allen tijde intrekken.**