



SOCIAAL MEDISCH CENTRUM

DE KOLK

OOSTZAAN

HUISARTSENPRAKTIJK

Zuideinde 80, 1511 GH Oostzaan
Telefoon (075) 684 44 51

Inschrijfformulier

Onderstaande patiënt heeft zich bij ons ingeschreven. Wij verzoeken u ons zijn/haar medisch dossier per aangetekende post toe te zenden of evt. per Promedico ASP en patiënt uit te schrijven.

Achternaam _____ Voornaam _____

Voorletter(s) _____

Geboortedatum ____ - ____ - ____ M/V

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoon _____ 06- _____

Contactpersoon _____ Telnr. _____

Burgerlijke staat _____

BSN nr _____

Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____

Email _____

Paspoort nr / ID kaart nr /Rijbewijs nr _____

Nieuwe Apotheek _____

Svp aankruisen;

Ik ga akkoord met het opvragen van het medisch dossier van mij bij mijn vorige huisarts.

Datum ____ - ____ - ____

Handtekening _____

Gegevens vorige huisarts

Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoon _____

Faxnummer _____

INFORMATIE BESTEMD VOOR UW HUISARTS:

Naam:

Geboorte datum:

Lengte:

mtr.

Gewicht:

kg.

Roken: ja/ voorheen/ nooit

Welke medische problemen zijn er op dit moment? (bv suikerziekte, hoge bloeddruk):

Welke belangrijke medische problemen zijn er in het verleden geweest? (bv ziekenhuisopnames of operaties):

Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, gaarne naam en dosering noteren. S.V.P. ook pijnstillers en anti-conceptie vermelden:

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of andere dingen?

Komen er in uw familie bepaalde ziektes voor? (bv suikerziekte of kanker op jonge leeftijd):

Heeft u een medische indicatie voor de grieprik? Ja/Nee

Zijn er andere zaken van belang voor uw huisarts?

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM:

Apotheek
 Huisarts

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

M
 V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.