

Inschrijfformulier



Huisartsenpraktijk
De Dennenkamp West

Huisartsenpraktijk Dennenkamp West
Generaal Urquhartlaan 18c
6861 GG Oosterbeek
[www.https://dedennenkampwest.onzehuisartsen.nl/](https://dedennenkampwest.onzehuisartsen.nl/)
@: praktijk18C@zoedcare.nl

Ik wens ingeschreven te worden bij de Dennenkamp West.

Uw gegevens:

Achternaam: Voorletters:
Roepnaam..... Geslacht: M/V/anders
Geboortedatum:..... Geboorteplaats:.....
Adres: Postcode:
Vast telefoonnummer: Mobiel nr:
E-mailadres: Burg. Staat:
Zorgverzekeraar: Polisnummer:.....
BSN nummer: Kenmerk ID/Paspoort:

Uw vorige huisarts:

Naam vorige huisarts:
Straat:
Postcode en Plaats
Telefoonnummer:

Medische gegevens:

Heeft u één of meerdere chronische ziekten (gehad)? Zo ja, sinds wanneer (jaartal)?
Verhoogde bloeddruk: Diabetes: Astma, COPD, emfyseem:.....
Hartaandoening: Beroerte: Kanker:
Psychiatrische ziekte: Anders:

Welke andere ziektes, operaties of ernstige ongelukken heeft u doorgemaakt? Graag met jaartal.

.....
.....

Staat u onder controle bij een specialist? Zo ja, waarvoor en bij wie, in welk ziekenhuis?

.....
.....

Gebruikt u medicatie die zonder recept verkrijgbaar is? Zo ja, welke en waarvoor?

.....
.....(meldt u deze ook bij de apotheek)

Welke ziektes komen bij u in de familie voor? Bij wie en op welke leeftijd begonnen deze?

.....
.....

Heeft u een medicatie intolerantie of allergie? Zo ja, sinds wanneer en wat was de reactie?

.....
.....

Hoeveel rookt u gemiddeld per dag? per dag Welk jaar gestart?

Hoeveel alcohol drinkt u gem. per dag? per dag Welk jaar gestart?

Kreeg u bij uw vorige huisarts de grieprik? ja / nee Zo ja, waarom?

Bent u akkoord met het delen van uw medische gegevens middels LSP? ja / nee / ik wil meer weten*

Meldt u zich aan voor digitale inzage in uw dossier via Mijngesondheid.net? ja / nee (vanaf 18jaar)*

Bij welke apotheek wilt u de medicatie verkrijgen? Dennenkamp / Kisters / anders:

Heeft u een WLZ-indicatie? ja / nee Zo ja Heeft u zorgprofiel zwaarte VV of ZZP): ja /nee
Zo ja, welke zwaarte (VV)?

Staat er iemand anders op hetzelfde adres bij ons ingeschreven? Zo ja, graag namen + geb.dt. gezin.

.....
.....

Is er nog iets dat u de nieuwe huisarts wil laten weten? Bijvoorbeeld levenseindewensen-/verboden.

.....
.....

Attentie!

- Wij verzoeken u dit gehele formulier in te vullen en te ondertekenen.
- Iedereen moet een eigen formulier hebben en als ouder dan 11 jaar ook zelf ondertekenen.
- Middels dit formulier verzoekt u de vorige huisarts tot uitschrijven en geeft u ons toestemming tot het opvragen van uw medische gegevens bij de vorige huisarts.
- Als u zich aanmeldt bij Mijngesondheidsnet kunt u uw huisartsendossier digitaal inzien, medicatie herhalen en de huisartsenpraktijk per Econsult vragen stellen.
- Bij behandeling in het ziekenhuis graag zelf de wijziging van huisarts doorgeven.
- * Folders vindt u op www.https://dedennenkampwest.onzehuisartsen.nl bij "Inschrijven".
Op www.volgjezorg.nl staat een lijst van zorgverleners die gegevens mogen opvragen via het Landelijke Schakelpunt.

Hierbij schrijf ik mij (tot wederopzegging) in bij huisartsenpraktijk "De Dennenkamp West" en machtig ik deze praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts. Ik verzoek mijn vorige huisarts mijn medisch dossier op te sturen naar praktijkadres Generaal Urquhartlaan 18c, 6861 GG Oosterbeek. Bij gebruik van Medicom via Vecozo W. Roelofsma 010199057132004

Datum: Handtekening:

Betrokken doktersassistente:(door praktijk in te vullen)