

Huisartsenpraktijk Galecop

Thorbeckepark 183
3437 JT NIEUWEGEIN
030-630 0088

www.huisartsenpraktijkgalecop.nl

De Kempenaerpark 5
3437 JE NIEUWEGEIN
030-630 0088

Gewenste inschrijfdatum :(dag-maand-jaar)
Reden van inschrijving :

Bij inschrijving van meerdere gezinsleden graag voor elk gezinslid een volledig ingevuld inschrijfformulier inleveren.

Graag legitimatiebewijs en zorgpas meenemen bij afgifte van het inschrijfformulier.

Persoonsgegevens	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Gewenste aanspreeknaam	
Roepnaam	
Voorletters en voornamen	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Geslacht M/V	

Adresgegevens	
Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel telefoonnummer	
E-mail adres	

Verzekeringsgegevens, Legitimatie & BSN-nummer	
Naam zorgverzekeraar	
Zorgverzekeringsnummer	
BSN nummer	

Bij welke apotheek zal u zich inschrijven?	

Gegevens van de vorige huisarts	
Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

Inschrijfformulier nieuwe patiënten Huisartsenpraktijk Galecop

Opmerkingen

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn? Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven. Het kan zijn dat u deze informatie liever persoonlijk met de huisarts bespreekt. U kunt dan via de assistente een afspraak maken voor een kennismakingsgesprek.

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

LSP - Landelijk Schakelijk Punt

Geeft u toestemming voor het elektronisch beschikbaar stellen van de medische gegevens ?
Voor meer informatie: www.ikgeeftoestemming.nl en www.vzvez.nl

Ja

Nee

Privacy

Volgens de nieuwe wet AVG worden uw privacy en persoonsgegevens beschermd.

In onze huisartsenpraktijk worden uw persoonsgegevens verwerkt. Dit is noodzakelijk om u medisch goed te kunnen behandelen en nodig voor het financieel afhandelen van de behandeling.

Onze huisartsenpraktijk is volgens de AVG de verantwoordelijke voor de verwerking van uw persoonsgegevens die in onze praktijk plaatsvinden. In de volledige privacyverklaring op onze website www.huisartsenpraktijkgalecop.nl leest u bijvoorbeeld hoe wij aan de plichten voldoen.

Mijn wens is ingeschreven te worden bij Huisartsenpraktijk Galecop. Ik heb kennis genomen van de bovenstaande privacy-statement en de informatie daarover op de website. De gegevens in dit inschrijfformulier zijn naar waarheid ingevuld. Ik ga akkoord met de verwerking van de door mij verstrekte persoonsgegevens. Ik verleen tevens toestemming tot uitschrijving bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn medisch dossier.

Datum	Handtekening

Ter afronding van uw inschrijving vragen wij u vriendelijk het volgende:

- uw vorige huisarts melden dat u zich bij onze praktijk heeft ingeschreven en uw huisarts toestemming geven u uit te schrijven.
- uw medisch dossier door uw vorige huisarts digitaal naar ons te laten opsturen of, indien niet digitaal mogelijk, bij ons af te geven. U dient daarvoor aan hem/haar toestemming te geven.
- uw ziekenhuis alwaar u bekend bent, doorgeven dat u van huisarts bent gewijzigd.
- uw verzekeringsmaatschappij doorgeven dat u van huisarts bent gewijzigd. Dit inschrijfformulier is tevens een verklaring van inschrijving binnen de huisartspraktijk en kan ook gebruikt worden als verzoek aan uw zorgverzekeraar tot correctie van huisartsendeclaraties.
- als u onder behandeling of controle bent bij een specialist, fysiotherapeut e.d. de wijziging van huisarts ook aan hen door te geven.

Inschrijfformulier nieuwe patiënten Huisartsenpraktijk Galecop

Vragenlijst

Naam patiënt geboortedatum

- Gezin/woonverband**
- alleenwonend
 - samenwonend, met
 - gehuwd, met
 - gescheiden, sinds.
 - weduwe / weduwnaar, sinds

- Heeft u kinderen**
- nee
 - ja, thuiswonend, aantal
 - ja, uitwonend, aantal

- Werk**
- ik heb werk als
 - ik ben werkeloos, sinds
 - ik ben arbeidsongeschikt, sinds
 - ik studeer, studierichting
 - ik ben gepensioneerd, werkte als

Gezondheid en ziekten

Heeft u klachten gehad van een of meer onderstaande ziekten ? Wilt u dan tevens het jaar waarin het bij u is vastgesteld vermelden ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> suikerziekte | <input type="checkbox"/> longziekte |
| <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> hartziekten |
| <input type="checkbox"/> vaatziekten | <input type="checkbox"/> depressie of angsten |
| <input type="checkbox"/> eetstoornissen | <input type="checkbox"/> schildklierziekten |
| <input type="checkbox"/> huidaandoeningen | <input type="checkbox"/> leverziekten |
| <input type="checkbox"/> darmziekten | <input type="checkbox"/> nierziekten |
| <input type="checkbox"/> gewrichtsklachten | <input type="checkbox"/> geslachtsziekten |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk | |
| | |

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist ?

- ja, namelijk
- nee

Gebruikt u geneesmiddelen ?

- nee
 - ja, namelijk (ook sterkte en dossering vermelden)
-
-

Bent u overgevoelig (allergisch) voor

- geneesmiddelen, namelijk
- bepaald eten of drinken, namelijk
- andere stoffen, namelijk
- nee

Inschrijfformulier nieuwe patiënten Huisartsenpraktijk Galecop

Hebt u weleens een ernstige ziekte doorgemaakt, een groot ongeval gehad of een operatie ondergaan ? Zo ja, wat en in welk jaar ?

- ernstige ziekte
- operatie
- ziekenhuisopname
- nee

Rookt u ?

- ja, aantal sigaretten per dag (ook vermelden hoeveel jaar u al rookt)
- nee, nooit gerookt
- nee, wel vroeger gerookt (hoeveel en hoelang en in welke jaren).....

Gebruikt u drugs of verdovende middelen ?

- ja, namelijk
- nee

Maakt u zich momenteel zorgen over uw gezondheid ?

- ja, vanwege
- nee

Ziekten in de familie

Welke ziekten komen in de familie voor ? Zo ja, bij wie ?

- suikerziekte, bij
- hoge bloeddruk, bij
- hart- en vaatziekten onder de 60 jaar, bij
- beroerte of hersenbloeding onder de 60 jaar, bij
- longziekten (Astma of COPD), bij
- nierziekte, bij
- psychische ziekte, bij
- kanker, soort kanker, bij
- anders, namelijk, bij