*In te vullen door de assistente: Datum:  
1. Formulier volledig Ja/nee*

*2. Check ID en zorgpas Ja/nee*

*3. ION aangemeld Ja/nee*

*4. Toestemming LSP Opt-in Ja/nee*

*5. Oude huisarts ingelicht Ja/nee*

*6. Folders mee van DZ,HAP,MGN Ja/nee  
7. Dossier open zetten voor MGN Ja/nee  
  
Documentnummer ID ………………………*

**Inschrijving Huisartsenpraktijk Dijkzicht**

**** [huisartsendijkzicht@live.com](mailto:huisartsendijkzicht@live.com) 0252-376316

*Onderstaande schrijft zich in bij huisartsen mw. L.A.M van Vliet en mw. W. Langeveld:*

**Persoonsgegevens:**Dhr. / Mevr. (doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorletters + achternaam …………………………………………………………..

Roepnaam .………………………………………………………….

Straat + huisnummer .………………………………………………………….

Postcode, woonplaats ………………………………………………………......

Geboortedatum …………………………………………………………..

Telefoonnummer .…………………/06……………………………………

E-mailadres …………………………………………………………..

Burgerlijke staat: alleenstaand / samenwonend / inwonend / gehuwd

Aantal leden woonverband: ………………volwassenen ………….kinderen  
 (inschrijfformulier voor kinderen 0-15 jaar invullen a.u.b.)

Zorgverzekeraar: ………………………. polisnummer…………………………

BSN nummer: ………………………………………………………………….

Vorige huisarts ………………………………… Woonplaats:………………..  
Apotheek: Apotheek de Schelft (enige apotheek in Noordwijkerhout)

**Medische gegevens:**Kreeg u bij uw vorige huisarts een oproep voor de jaarlijkse griepprik?  
Ja/nee. Zo ja: reden ………………………………………………………..………….

Bent u allergisch? ja/nee…………………………voor………………………………

Gebruikt u medicijnen? ja/nee (graag actieve medicatielijst toevoegen)  
naam:………………………………….sterkte………………….gebruik…………….

naam…………………………………..sterkte………………….gebruik………………

naam…………………………………..sterkte………………….gebruik………………

**Medische Voorgeschiedenis:** *bij u of bij u in de familie bij:*

Diabetes Mellitus ja/nee ja/nee ……………………

Hart- en/of vaatziekten ja/nee ja/nee ……………………

Hoge bloeddruk ja/nee ja/nee ……………………

Verhoogd cholesterol ja/nee ja/nee …………………….

Epilepsie ja/nee ja/nee …………………….

Astma of COPD ja/nee ja/nee ……………………

Erfelijke vorm van kanker ja/nee ja/nee ……………………

Milt verwijderd ja/nee

Komt u bij de praktijkondersteuner-somatiek voor geregelde controles? ja/nee   
Bent u onder behandeling bij een specialist? ja/nee

Bij specialisme………………………….in…………………ziekenhuis, te…………………………   
  
Bijzonderheden…………………………………………………………………………………………

**Toestemmingsverklaring:** Doorhalen wat niet van toepassing is.

|  |  |
| --- | --- |
| Ik geef hierbij toestemming voor **het delen van medische gegevens met andere hulpverleners** indien de medische situatie daartoe aanleiding geeft. Deze toestemming geldt voor de doktersdienst, ziekenhuis, fysiotherapie, mensendieck, diëtiste, logopedist en apotheek de Schelft.  Zie ook: www.ikgeeftoestemming.nl | ja/nee |
| Ik geef toestemming voor het delen van medische gegevens met andere hulpverleners indien de medische situatie daartoe aanleiding geeft voor mijn kinderen, onder 16 jaar. | ja/nee |
| Ik geef toestemming voor het opvragen van de medische gegevens bij mijn vorige huisarts en/of apotheek | ja/nee |

Meer informatie over gegevensuitwisseling en privacy: zie [www.dijkzicht.praktijkinfo.nl](http://www.dijkzicht.praktijkinfo.nl)

|  |
| --- |
| Uw opmerkingen: |

Inschrijving met ingang van datum:  
  
Handtekening: