**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijken Medisch Centrum Hofspoor**Hofspoor 4, 3994 VZ Houten

* Huisartsenpraktijk Voermans, huisartsen mevr. I Voermans en mevr. C. Rebergen.
* MC Hofspoor Zuid-Oost, huisartsen dhr. H. Boerma en mevr. V. Jongkamp.
* Huisartsenpraktijk van Haren, Kienhuis, Reitsma en Zonneveld, huisartsen mevr. S. van Haren, dhr. B. Kienhuis, mevr. R. Reitsma, mevr. M. Zonneveld.

Vult u dit formulier duidelijk en volledig in, voor elk gezinslid een formulier, bij voorkeur digitaal.
Ga met het ingevulde geprinte formulier, uw ID en uw gezinsleden naar de balie van de praktijk. De assistente controleert ter plekke uw ID, en het ID van alle gezinsleden. We kunnen u pas inschrijven als uw ID – en dat van uw gezinsleden – is gecontroleerd. Woont u niet in Houten-Zuid? Schrijf u dan in bij een praktijk dichter bij u in de buurt.

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| Geslacht (zoals bij de overheid geregistreerd, in het BRP) [ ]  man [ ]  vrouw  |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Beroep |  |
| Burgerlijke staat |  |
| Identiteitsbewijs dat u voor inschrijving meeneemt naar de balie:[ ]  rijbewijs [ ]  paspoort [ ]  identiteitskaart [ ]  vreemdelingendocument [ ]  uittreksel BRPDocumentnummer:  |

|  |
| --- |
| **Adresgegevens** |
| Straat en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| BurgerServiceNummer |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige huisarts/huisarts op uw vorige woonadres** |
| Naam |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige apotheek/apotheek op uw vorige woonadres** |
| Naam |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Medische gegevens** |
| Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose). Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen; wat zijn de bijwerkingen? |

|  |
| --- |
| Gebruikt u medicijnen? [ ]  ja [ ]  nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam geneesmiddel | Hoeveel mg | Gebruik per dag |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid) |

|  |
| --- |
| Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen? Welke geneesmiddel geeft problemen? |

|  |
| --- |
| Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen? [ ]  ja [ ]  nee |

|  |
| --- |
| Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor? |
| Suikerziekte | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
| Hart/vaatziekte  | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
| Nierziekte | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
| Hoge bloeddruk | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
| Astma of COPD | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
| Epilepsie | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |

|  |
| --- |
| Andere ziekten: |
|  | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
|  | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |
|  | Bij u [ ]  ja [ ]  nee | In uw familie [ ]  ja [ ]  nee |

|  |
| --- |
| Komen er in de familie erfelijke ziekten/aandoeningen voor? [ ]  nee [ ]  ja, nl. |
| Krijgt u een griepvaccinatie? [ ]  nee [ ]  ja, omdat  |
| Bent u onder behandeling van een specialist? [ ]  nee [ ]  ja, nl. |
| Bent u wel eens geopereerd? [ ]  nee [ ]  ja, nl.  |
| Heeft u ooit een ongeval gehad? [ ]  nee [ ]  ja, nl.  |
| Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn? |

|  |
| --- |
| **Leefstijl** |
| Rookt u? [ ]  nee [ ]  ja, hoeveel: [ ]  voorheen, per gestopt. |
| Gebruikt u alcohol? [ ]  nee [ ]  ja, hoeveel per dag/week: |
| Gebruikt u drugs? [ ]  nee [ ]  ja, welke:  |

|  |
| --- |
| **Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medische beroepsgeheim.** Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg. |
| Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medicatiegegevens op te vragen bij mijn vorige apotheek.  |  [ ]  ja [ ]  nee |
| Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts. |  [ ]  ja [ ]  nee |
| Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via MITZ (zie informatie op mitz.nl) |  [ ]  ja [ ]  nee |

|  |
| --- |
| **Tot slot, h**eeft u voorkeur voor een huisartsenpraktijk of huisarts?  |
|  [ ]  nee [ ]  ja, nl.  |
|  |  |
|  |  |

Ter informatie
Vanaf 16 jaar kunt u via MijnGezondheid.net (MGN) en de app Medgemak online vragen stellen aan uw huisarts, herhaalmedicijnen bestellen, afspraken maken met uw huisarts, en inzage hebben in uw dossier. Na inschrijving ontvangt u hiervoor een uitnodiging van de assistente op uw e-mailadres.

In te vullen door de assistente aan de balie

0 Inschrijfformulier volledig en leesbaar ingevuld, dd \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 ID controle gedaan, dd\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Documentnummer gecontroleerd, dd\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam assistente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_