

Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Marknesse e.o.

Huisartsenpraktijk Marknesse e.o.
I.L. Benschop, L. Mulder en N. de Visser, huisartsen

Emmeloordseweg 2a
8316 AV Marknesse
0527 203000
www.huisartsenmarknesse.nl
assistente@huisartsenmarknesse.nl

Hartelijk welkom in onze praktijk.

Om u als patiënt in te kunnen schrijven verzoeken wij u onderstaand formulier volledig in te vullen.

Wilt u uw identiteitsbewijs (en van eventuele gezinsleden) meenemen als u dit formulier komt inleveren bij de praktijk?

Naam en voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geslacht: man/vrouw BSN-nummer:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoon thuis: Mobiel:

E-mail adres:

Gegevens in te schrijven kinderen (partner eigen formulier laten invullen, kinderen vanaf 16 jaar ook):

Voorletters/roepnaam	Achternaam	BSN Nummer	M/V	Geboortedatum

Stond u bij uw vorige huisarts onder controle wegens een chronische ziekte? Zo ja, welke?

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

Gebruikt u medicijnen? Svp ook pijnstillers en anticonceptie te noteren:	Ja Nee	
Naam geneesmiddel:	Hoeveel mg:	Gebruik per dag of per week:

Staat uw partner of andere gezinsleden al bij ons ingeschreven?
Zo ja, om wie gaat het en wat is de geboortedatum (alleen van toepassing indien woonachtig op hetzelfde adres)

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

Zijn er andere zaken van belang voor uw huisarts? Bijvoorbeeld; allergie.

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

Heeft u een medische indicatie voor de griepvaccinatie? Zo ja, waarom?

.....
.....

Datum van inschrijving : Plaats:

Handtekening:

In te vullen door assistente

- Inschrijven + fax vorige huisarts
- Aanmelden ION
- BSN + ID controle
- Toestemmingsformulier verwerkt + MGN aangemeld

Huisartsenpraktijk Marknesse

VERZOEK OVERDRACHT MEDISCH DOSSIER

Bij deze verzoek ik mijn huidige huisarts om de medische gegevens van onderstaande patiënt zo spoedig mogelijk en volledig over te dragen aan huisartsenpraktijk Marknesse

Gegevens patiënt:

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Huidige huisarts

Naam huisarts:

Praktijknaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

FAX nummer:

Gegevens nieuwe huisarts:

Naam huisarts: N De Visser

Praktijknaam: Huisartsenpraktijk Marknesse

Adres: Emmeloordseweg 2A

Postcode: 8316AV

Woonplaats: Marknesse

Ondertekening door patiënt: (bij 12 jaar en ouder en wilsbekwaam)

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

Ondertekening (wettelijk) vertegenwoordiger(s): (bij jonger dan 12 jaar of wilsbekwaam)

vertegenwoordiger 1: ouder / voogd / curator / mentor / anders*

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

vertegenwoordiger 2: ouder / voogd / curator / mentor / anders*

Naam: Handtekening:

Plaats:

Datum:

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: Huisartsenpraktijk Marknesse e.o.
I.L. Benschop, L. Mulder, N. de Visser, huisartsen

ADRES: Emmeloordseweg 2a

POSTCODE EN PLAATS: 8316 AV Marknesse

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

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

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