**Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Willemsen & Boerma**

Persoonlijke gegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters en Roepnaam |  |
| Achternaam / meisjesachternaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | Man / vrouw |
| Burgerservicenummer  |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Huistelefoon |  |
| Mobiele telefoon |  |
| Zorgverzekeraar + nummer |  |

1. Heeft u klachten (gehad) van:

Suikerziekte **O**

Longziekten **O**

Hoge bloeddruk **O**

Hart- en vaatziekten **O**

Nierfunctiestoornis **O**

Depressie of angsten **O**

Overig **O,** zo ja, welke…………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Gebruikt u medicatie?

Indien ja:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geneesmiddel | Dosering | Aantal keer per dag |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Allergieën

Geneesmiddelen allergie Nee **O** Ja, **O** namelijk…………………………………………………..

Voedselallergie Nee **O** Ja, **O** namelijk,………………………………………………….

Gegevens vorige huisarts

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Straat, postcode, woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |

Hierbij geef ik toestemming dat mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts worden

opgevraagd.

HUISARTSEN SPIKVOORDE

Dr. Willemsen en Boerma

TOESTEMMINGSFORMULIER

Datum:

Hierbij geeft:

Naam: ………………………………….

Geboortedatum: ………………………………….

Toestemming aan Huisartsenpraktijk Osse & Bouwhuis / Huisartsenpraktijk Willemsen en Boerma voor het opvragen van mijn medische gegevens.

Handtekening

…………………………..

Indien van toepassing:

Deze toestemming geef ik ook voor mijn kinderen **(jonger dan 16 jaar)**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | Geboortedatum |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

**TOESTEMMINGSFORMULIER**

**ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS**

**De eenvoudigste manier om uw toestemming te registreren is via de website** [**www.ikgeeftoestemming.nl**](http://www.ikgeeftoestemming.nl) **Hiervoor heeft u een DigiD nodig.**

**Wilt of kunt u dit niet, vul dan het formulier in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ is aangegeven. | 0 **JA**0 **NEE** |
| Ik geef toestemming aan mijn apotheek om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ is aangegeven. | 0 **JA**0 **NEE** |

**MIJN GEGEVENS**

ACHTERNAAM: ……………………………………………… VOORLETTERS:…………………… M V

ADRES:…………………………………………………………………………………………………………….

POSTCODE EN PLAATS:……………………………………………………………………………………….

GEBOORTEDATUM:……………………………………………………………………………………………..

E-MAIL:……………………………………………………………………………………………………………..

DATUM:……………………………………………………….. HANDTEKENING …………………………….

HEEFT U KINDEREN?

• Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

• Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

• Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

**GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:………………………….GEBOORTEDATUM: ………………………….. | Toestemming aan huisarts:Toestemming aan apotheek | **0 JA 0 NEE****0 JA 0 NEE** |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:………………………….GEBOORTEDATUM: …………………………. | Toestemming aan huisarts:Toestemming aan apotheek | 0 JA 0 NEE0 JA 0 NEE |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:………………………….GEBOORTEDATUM: ………………………….. | Toestemming aan huisarts:Toestemming aan apotheek | **0 JA 0 NEE****0 JA 0 NEE** |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:………………………….GEBOORTEDATUM: ………………………….. | Toestemming aan huisarts:Toestemming aan apotheek | **0 JA 0 NEE****0 JA 0 NEE** |

**LEVER DIT FORMULIER IN BIJ EEN VAN DE ONDERSTAANDE ZORGVERLENERS**

*Huisartsenpraktijk* ***Willemsen & Boerma****, a*potheek De Vijfhoek / Apotheek Flora