

Huisartsenpraktijk Scholte / Scholte - Talsma

(in opstartfase huisartsenpraktijk M. Demir & S. Demir, met ondersteuning van de huisartsenpraktijk Scholte / Scholte - Talsma).

Medisch Centrum Twello

Raccordement 8e

7391 BT, Twello

Tel nr.: 0571-271555

Graag aandacht voor de volgende punten:

1. Middels onderstaand inschrijfformulier kunt u zich inschrijven in de praktijk. Svp deze volledig invullen.
2. Verzoek uw oude huisarts om uw medische gegevens over te zetten naar de nieuwe huisartsenpraktijk.
3. Tevens dient u zich in te schrijven bij een apotheek naar keuze.
4. Indien u niet bekend bent bij een ziekenhuis in deze regio, kunt u zich inschrijven bij één van deze ziekenhuizen. Dit is relevant voor een eventuele verwijzing of onderzoek die plaats moet vinden in het ziekenhuis.

Voor uw aanmelding dient u de volledig ingevulde formulieren en benodigde documenten in de praktijk af te geven of per mail te versturen. Emailadres:huisartsenpraktijkscholte@hcdo.nl

Het betreft:

- Deel I: Inschrijfformulier
- Deel II: Medische gegevens en achtergrondinformatie
- Document 1: Kopie identiteitsbewijs
- Document 2: Kopie zorgverzekeringsspolis of -pas

Deel I: Inschrijfformulier

Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Gaarne volledig invullen.

Achternaam: _____

Meisjes-/geboortenaam: _____

Voorletters: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: man/vrouw, _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

1ste telefoonnummer: _____

2e telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Burgerservicenummer (BSN): _____

Zorgverzekeraar: _____

Verzekerdnummer: _____

Nieuwe apotheek: _____

Vorige huisarts: _____

Plaats/adres vorige huisarts: _____

- Hierbij geef ik toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Hierdoor kunnen mijn gegevens in een noodsituatie worden ingezien door bijvoorbeeld huisartsenpost of apotheek. Voor meer informatie over het LSP, ga naar www.ikgeeftoestemming.nl

Ja

Nee

Hierbij geef ik toestemming voor inschrijving en overdracht van mijn dossier aan de nieuwe huisartspraktijk.

Ja

Datum:

Handtekening:

Deel II: Medische gegevens en achtergrond informatie

Voor uw huisarts is het waardevol om achtergrondinformatie over u te hebben.

1. Wat is uw burgerlijke staat?

- Alleenwonend
- Samenwonend
- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe

2. Heeft u kinderen; vul dan hieronder de gegevens in.

Naam	Voorletters	Geboorte datum	Indien sprake van eenoudergezag, graag vermelden wie de wettelijke vertegenwoordiger is.	Wilt u ook uw kind inschrijven?
				<input type="checkbox"/> Ja. Zo ja, vul dan BSN en telefoonnummer van uw kind in: <input type="checkbox"/> Nee
				<input type="checkbox"/> Ja. Zo ja, vul dan BSN en telefoonnummer van uw kind in: <input type="checkbox"/> Nee
				<input type="checkbox"/> Ja. Zo ja, vul dan BSN en telefoonnummer van uw kind in: <input type="checkbox"/> Nee
				<input type="checkbox"/> Ja. Zo ja, vul dan BSN en telefoonnummer van uw kind in: <input type="checkbox"/> Nee

3. Rookt u sigaretten / sigaren / pijp?

- Nee, nooit gerookt
- Nee, gestopt sinds (jaartal) _____ jaar. Hoeveel jaren heeft u gerookt? _____
- Ja, hoeveel jaar rookt u?: _____ jaar

4. Drinkt u alcohol?

- Nee, nooit.
- Nee, gestopt sinds (jaartal) _____ jaar
- Ja _____ glazen per dag/week/maand/jaar

5. Gebruikt u drugs?

- Nee, nooit.
- Nee, gestopt sinds (jaartal) _____ jaar
- Ja, welke _____

6. Allergie, bijv. allergie voor antibiotica.

- Nee
- Ja, waarvoor _____

7. Gebruikt u medicijnen op recept? Zo ja, lever een recent medicatielijst in. Deze kunt u opvragen bij uw apotheek.

- Nee
- Ja

8. Gebruikt u geneesmiddelen zonder recept? (denk aan: zelfzorgmiddelen, alternatieve middelen en voedingssupplementen).

- Nee
- Ja, namelijk

9. Heeft u één van de volgende aandoeningen of in het verleden gehad?

S.v.p. aankruisen en invullen indien van toepassing.

Aandoeningen/ziekte	Sinds wanneer? (jaartal)	Wordt u hiervoor behandeld? En door wie? (bijv. door de praktijkondersteuner of specialist)	Wanneer heeft laatste controle plaatsgevonden?
Suikerziekte			
Hoge bloeddruk			
Hart- of vaatziekten			
Longziekten			
Schildklierziekten			
Oogziekten			
Maag-darm- of leverziekten			
Gynaecologische klachten			
Ziekten van de urinewegen			
Nierziekten			
Depressie of angsten			
Andere psychische of psychiatrische aandoening			
Problemen van de huid			
Aanhoudende gewrichtsklachten			
Kanker (vorm			
Iets anders, namelijk:			

10. Overige relevante medische informatie.

Bent u wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Ja, waaraan en wanneer?	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Ja, wanneer en wat voor ongeval?	<input type="checkbox"/> Nee
Zijn er blijvende gevolgen?	<input type="checkbox"/> Ja, welke gevolgen?	<input type="checkbox"/> Nee
Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> ja, waarom	<input type="checkbox"/> Nee
Heeft u het afgelopen jaar het griepvaccin gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zijn er nog andere punten, die voor uw huisarts relevant kunnen zijn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

11. Medisch voorgeschiedenis familieleden

Medisch voorgeschiedenis familieleden	Ja, bij wie? op welke leeftijd ontstaan?	Nee
a. Hartaandoening bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 60 jaar werden?		<input type="checkbox"/>
b. Diabetes type 1 of type 2 (suikerziekte) bij ouders, broers, zussen of kinderen?		<input type="checkbox"/>
c. Melanoom (kwaadaardige moedervlek) bij ouders, broers, zussen of kinderen?		<input type="checkbox"/>
d. Darmkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden?		<input type="checkbox"/>
e. Darmkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie?		<input type="checkbox"/>
f. Prostaatkanker bij vader, broers of zoons voordat ze 55 jaar werden?		<input type="checkbox"/>
g. Eierstokkanker bij moeder, zussen of dochters?		<input type="checkbox"/>
h. Borstkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden?		<input type="checkbox"/>
i. Borstkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie?		<input type="checkbox"/>
j. Psychiatrische aandoeningen.		<input type="checkbox"/>

12. Vragen m.b.t. bevolkingsonderzoek (BVO)

Heeft u ooit deelgenomen aan BVO darmkanker. PS: BVO indicatie vanaf 55 ^{ste} tot 75 ^{ste} levensjaar	<input type="checkbox"/> Ja, in het jaar..... Laatste uitslag:.....	<input type="checkbox"/> Nee
VOOR VROUWEN		
Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt? PS BVO indicatie vanaf 30 ^{ste} tot 60 ^{ste} levensjaar.	<input type="checkbox"/> Ja, in het jaar..... Laatste uitslag:.....	<input type="checkbox"/> Nee
Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt. PS: BVO indicatie vanaf 50 ^{ste} tot 75 ^{ste} levensjaar.	<input type="checkbox"/> Ja, in het jaar..... Laatste uitslag:.....	<input type="checkbox"/> Nee

13. Krijgt u hulp of ondersteuning van bijv. thuiszorg/buurtzorg e.d.?

Ja,

via

i.v.m.

Nee

14. Wat is uw lengte en gewicht

Lengte:

Gewicht:

15. Gegevens contactpersoon in geval nood.

	Naam en relatie tot contactpersoon	Telefoonnummer
Eerste contactpersoon		
Tweede contactpersoon		

Toestemmingsformulier



volg je zorg

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

JA

Ik geef wel toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?

mijn huisarts

Naam: Huisartsenpraktijk Scholte/Scholte-Talsma
Adres: Raccordement 8^E
Postcode en plaats: 7391 BT Twello

Mijn gegevens vergeet niet uw handtekening te zetten

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____
Datum: _____

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wil regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____ JA NEE

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____ JA NEE

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
ouder of voogd: _____ **Datum:** _____

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

JA

Ik geef wel toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?

mijn huisarts

Naam: Huisartsenpraktijk Scholte/Scholte-Talsma
Adres: Raccordement 8^E
Postcode en plaats: 7391 BT Twello

Mijn gegevens vergeet niet uw handtekening te zetten

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____
Datum: _____

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wil regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____ JA NEE

Achternaam: _____ **Voorletters:** _____ M V
Geboortedatum: _____ **Handtekening:** _____ JA NEE

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
ouder of voogd: _____ **Datum:** _____

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.