

Geachte heer, mevrouw,

U wilt zich inschrijven als patiënt bij **Huisartsenpraktijk Baecke & Nobel**.

Wilt u bijgaande formulieren invullen en **persoonlijk** bij ons inleveren, tezamen met een **kopie van uw identiteitsbewijs en kopie van de zorgverzekeringpolis of -pas**.

Zonder deze kopieën kunnen wij uw inschrijving **niet** in behandeling nemen.

Wij ontvangen graag, onderstaande formulieren compleet ingevuld, van u retour:

1. Inschrijfformulier
2. Medische gegevens
3. Brief voor uw vorige huisarts
4. Toestemmingsformulier voor het LSP
5. Kopie identiteitsbewijs
6. Kopie zorgverzekeringpolis of -pas

Wilt u per omgaande uw medische dossier opvragen bij uw vorige huisarts en deze digitaal laten versturen naar ons?

Laat u zich in elk geval direct uitschrijven bij uw vorige huisarts. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet kunt u maar bij één huisarts staan ingeschreven.

Wij declareren de kosten voor de medische zorg volgens door het NZA vastgestelde tarieven rechtstreeks aan uw zorgverzekeraar. De verzekeraar verrekent met u het eventueel eigen risico. Voor kosten die wij niet bij uw zorgverzekeraar kunnen innen, krijgt u zelf een rekening.

Met vriendelijke groet,

Huisartsenpraktijk Baecke & Nobel

Beukenlaan 4a-III

2612 VC Delft

INSCHRIJFFORMULIER

Achternaam: dhr ./ mevr.

Meisjesnaam:

Voorletters (+ roepnaam):

Geboortedatum:

BSN:

Burgerlijke staat: alleenwonend / samenwonend / gehuwd / gescheiden

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer(s):

E-mailadres:

Zorgverzekeraar (+ UZOVI nr.):

Polisnummer/Relatienummer:

Gewenste apotheek:

Naam vorige huisarts/woonplaats:

Geloofsovertuiging:

Nationaliteit:

Studierichting / beroep:

Werk: werkzaam / werkeloos/ arbeidsongeschikt/ gepensioneerd / anders:

Donorcodicil: Ja / Nee

Euthanasieverklaring: Ja / Nee

Delft, (datum) Handtekening:

MEDISCHE GEGEVENS

Wij stellen het op prijs, als u dit formulier over uw gezondheid wilt invullen. Als uw huishouden uit meer dan één persoon bestaat, graag voor iedere persoon een apart formulier invullen.

Lijdt u of heeft u geleden aan ziektes als suikerziekte, Astma / COPD, hoge bloeddruk , hoog cholesterol, hart en vaatziekten, psychische aandoeningen, maag-,darm- en/of leveraandoeningen, gewrichtsklachten, nierziekten of schildklieraandoeningen?

.....
.....

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? Zo ja, welke specialist en waar.

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

Heeft u weleens een operatie ondergaan? Zo ja, waaraan en wanneer.

.....

Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, welke? (naam medicijn, sterkte en dosering)

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

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of stoffen? Zo ja, welke middelen / stoffen?

.....

Rookt u?

Nee, nooit gerookt. Ja, sigaretten per dag Ja, voorheen gerookt. Gestopt per:

Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?

Zo ja, welke en bij wie (vader/moeder/broer/zus etc)?

* suikerziekte bij wie:

* longziekten (Astma / COPD) bij wie:

* hoge bloeddruk bij wie:

- * hoog cholesterol bij wie:
- * hart en vaatziekten bij wie:
- * beroerte of hersenbloeding bij wie:
- * psychische aandoeningen bij wie:
- * nierziekten bij wie:
- * kanker en soort kanker bij wie:
- * maag-, darm- en/of leveraandoeningen bij wie:
- * gewrichtsklachten bij wie:
- * schildklierziekten bij wie:

Als er dingen zijn waarvan u denkt dat ze voor de huisarts van belang zijn om te weten, kunt u dat hier vermelden.

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor het invullen van de
vragenlijst.

BRIEF VOOR UW VORIGE HUISARTS

Faxnummer :

Geachte dokter

Hierbij bericht ik u van het feit, dat ik mij per (datum) heb laten inschrijven in de praktijk van:

Huisartsenpraktijk Baecke & Nobel
Beukenlaan 4a-III 2612 VC Delft
Tel. 015 - 2131313
Email: info@huisartsenpraktijkbaecke-nobel.nl
Praktijk AGB: 1059202

U wordt vriendelijk verzocht mij uit te schrijven en het medisch dossier aan deze huisarts over te dragen.

>>De nieuwe huisarts ontvangt het medisch dossier graag in elektronische vorm<<

Via ZORG FILE TRANSFER kunt u het medische dossier per beveiligd e-mail als bijlage (middels EDI bestand of pdf) versturen naar: Huisartsenpraktijk Baecke & Nobel t.a.v. mevrouw S.J.M. Nobel-Tjokroatmodjo, huisarts

Postbusnummer / Zorgmailadres: 500102074@lms.lifeline.nl

Datum:

Handtekening:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

BSN:

Dit verzoek geldt ook voor de volgende personen:

Voorletters	Achternaam	Geboortedatum	M / V	BSN/Sofinummer



VERENIGING
VZVZ Toestemmingsformulier
ZORGAANBIEDERS VOOR ZORGCOMMUNICATIE **Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP**

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

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming (zorgverlener 1)? mijn huisarts **JA**
 mijn apotheek **NEE**

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Voor welke andere zorgverlener regelt u toestemming (zorgverlener 2)? mijn huisarts **JA**
 mijn apotheek **NEE**

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Mijn gegevens

Vul onderstaande gegevens in. **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: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u 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 wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten. Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam: M V

Geboortedatum: Zorgverlener 1: **JA** **NEE**

Handtekening kind: Zorgverlener 2: **JA** **NEE**

Voor- en achternaam: M V

Geboortedatum: Zorgverlener 1: **JA** **NEE**

Handtekening kind: Zorgverlener 2: **JA** **NEE**

Datum: Handtekening ouder of voogd:

Lever dit formulier in bij (een van) de zorgverlener(s) bij wie u toestemming regelt.

Versie: september 2016

