

Huisartsenpraktijk Maas

----- Uw zorg op maat -----

Geachte heer/mevrouw,

U wilt zich aanmelden bij onze praktijk. Wij heten u van harte welkom.

Wilt u, om de overdracht van uw medische gegevens veilig en soepel te laten verlopen, onderstaand formulier goed lezen en ingevuld en ondertekend afgeven aan de balie van onze praktijk? *Let op, voor ieder gezinslid dient het eerste formulier apart ingevuld te worden.*

Hierbij wil ik mij inschrijven bij:

**Huisartsenpraktijk P.H.M. Maas en W.M. te Braak,
Tullekenweg 14, 6961EM te Eerbeek.**

Tevens machtig ik deze praktijk om mij af te melden bij mijn vorige huisarts en verzoek ik deze praktijk mijn dossier op te sturen.

Gegevens nieuwe patiënt

Achternaam: _____ Voorletters: _____

Roepnaam: _____ man/vrouw

(wij kunnen in het systeem helaas alleen voor man of vrouw kiezen, wanneer u anders aangesproken wilt worden mag u dit aan geven bij relevante voorgeschiedenis.)

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ Geboorteplaats: _____

Adres: _____ Postcode / plaats: _____

Telefoon: _____ Mobiele telefoon: _____

Email adres: _____

Burgerlijke staat: _____ BSN: _____

Naam verzekering: _____ Polisnummer: _____

Vorige apotheek: _____ Nieuwe apotheek: _____

Vorige huisarts: _____ Telefoonnummer: _____

Toestemming LSP : ja / nee Kijk op www.volgjezorg.nl voor informatie

Kind jonger dan 16 jaar? S.v.p. omcirkelen wie het (ouderlijk) gezag heeft:

Vader / Moeder / Beide / Voogd Anders: _____

Waarschuwen in geval van nood

Telefoonnummer: _____

Naam en relatie tot u: _____

U kunt de formulieren ingevuld inleveren in de praktijk, neem dan ook een geldig legitimatiebewijs mee.

Relevante voorgeschiedenis

Bent u overgevoelig (allergisch) voor medicijnen of voedingsmiddelen?

Nee

Ja, welke: _____

Actuele medicatie

Naam medicijn	Sterkte	Hoe vaak per dag

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening: _____

U kunt de formulieren ingevuld inleveren in de praktijk, neem dan ook een geldig legitimatiebewijs mee.

Toestemming voor het opvragen van het huisartsendossier

Geachte heer/mevrouw,

Met het invullen en ondertekenen van dit formulier geeft u toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens bij uw voorgaande huisarts. Ook is het verstandig om uw vorige huisarts zelf even op de hoogte te brengen van de overschrijving. Dit versoepelt de overdracht van uw medische gegevens.

Vorige huisarts: _____ Telefoonnummer: _____

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Datum: ____ - ____ - ____ Handtekening voor akkoord: _____

Voor toestemming voor kinderen zie de volgende pagina

U kunt de formulieren ingevuld inleveren in de praktijk, neem dan ook een geldig legitimatiebewijs mee.

Toestemming kinderen

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.

Kind 1

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening kind: _____ Handtekening ouder/voogd: _____

Kind 2

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening kind: _____ Handtekening ouder/voogd: _____

Kind 3

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening kind: _____ Handtekening ouder/voogd: _____

Kind 4

Naam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening kind: _____ Handtekening ouder/voogd: _____