*Gezondheidscentrum Prinsenhof*

*Huisartsenpraktijk Overman*

*Prins Frederiklaan 3*

*2263 GZ Leidschendam*

*Telefoon 070-3273039*

*Fax 070-3204962*

*Website: gzc-prinsenhof.nl*

Inschrijfformulier

Door dit inschrijfformulier in te vullen en te ondertekenen, geeft u aan dat u bij onze praktijk bent ingeschreven. Vul per persoon één formulier in en zet onderaan uw handtekening. Inschrijfformulieren voor kinderen tot 18 jaar moeten worden ondertekend door een ouder of voogd.

Lever het compleet ingevulde formulier in samen met een kopie van uw ID-bewijs en verzekeringspasje (paspoort, rijbewijs of ID-kaart, dit ivm de identificatieplicht).

De identificatieplicht in de zorg houdt in dat u zich moet kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs als u medische zorg ontvangt. Dit geldt voor **iedereen**, dus ook voor minderjarigen jonger dan 14 jaar. U dient zelf de inschrijving bij de vorige huisarts te melden, zij vragen uw toestemming voor overdracht van het dossier.

Achternaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Meisjesnaam (indien gehuwd) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletters \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M/V

Geboortedatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Huisnr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon vast \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon mobiel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekering \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

0 Gehuwd 0 Gescheiden 0 Weduwstaat 0 Alleenwonend 0 Samenwonend

Emailadres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Faxnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wordt u behandeld voor: Diabetes Mellitus (suikerziekte)? Ja / Nee

Hypertensie (hoge bloeddruk)? Ja / Nee

COPD (longaandoening)? Ja / Nee

Is er bij u sprake van een of meerdere chronische ziekte(n)? Ja / Nee. Zo ja, welke?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hebt u ooit een operatie in het ziekenhuis ondergaan? Ja / Nee. Zo ja, wat voor een operatie?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

z.o.z.

Bent u allergisch voor een bepaalde stof, voeding of medicijn? Ja / Nee. Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zijn er nog belangrijke dingen die wij moeten weten, zoals: roken, gebruik van alcohol of drugs? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicatie? Ja / Nee. Zo ja, graag noteren welke medicijnen en de dosering: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geeft u toestemming dat zorgverleners via het LSP uw belangrijkste gegevens kunnen inzien bij spoed Ja/Nee

Voor meer informatie kijk op [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl/)

Geeft u toestemming voor de overdracht van uw medische gegevens van uw vorige huisarts? Ja/Nee

**Nb:** zonder uw toestemming gaan wij er van uit dat u zelf uw medische gegevens op vraagt bij uw vorige huisarts.

Wilt u gebruik maken van de online patiëntenomgeving Mijngezondheid.Net?

Ja/Nee

Voor meer informatie kijk op [www.mijngezondheid.net](http://www.mijngezondheid.net)

***Svp volledig invullen en retourneren met gevraagde kopieën.***

***U ontvangt van ons een mail zodra uw vorige huisarts uw medische gegevens naar ons heeft verzonden.***

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_