****

**Huisartsenpraktijk M. Demir & S. Demir**

Medisch Centrum Twello

Raccordement 8F

7391 BT Twello

0571-226666

praktijkdemir@hcdo.nl

Graag aandacht voor de volgende punten:

1. Middels onderstaand inschrijfformulier kunt u zich inschrijven in de praktijk.

S.v.p. deze zover mogelijk volledig invullen.

1. Verzoek uw oude huisarts om uw medische gegevens over te zetten naar de nieuwe huisartsenpraktijk.
2. Tevens dient u zich in te schrijven bij een apotheek naar keuze.
3. 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. Mocht u binnen de regio overstappen, dan graag uw huisarts aanpassen in het ziekenhuis.
4. U kunt zich aanmelden bij MijnGezondheid.net

Voor uw aanmelding dient u de volledig ingevulde formulieren en benodigde documenten in de praktijk af te geven of per mail te versturen.

Emailadres: [praktijkdemir@hcdo.nl](mailto:praktijkdemir@hcdo.nl)

Het betreft:

* Deel I: Inschrijfformulier
* Deel II: Medische gegevens en achtergrondinformatie
* Document 1: Kopie identiteitsbewijs (>14 jaar)
* Document 2: Kopie zorgverzekeringspolis of –pas

Wij stellen het op prijs indien u met uw huisarts een afspraak maakt voor een kennismakingsgesprek.

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorte datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht: man/vrouw, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1ste telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2de telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nieuwe apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats/adres vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Toestemmingsformulier:**

1. 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](http://www.ikgeeftoestemming.nl/).

□ Ja

□ Nee

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

□ Ja

□ Nee

1. Hierbij geef ik toestemming aan mijn huisarts en apotheker voor inzage in mijn medische en/of medicatiegegevens in het Deventer Ziekenhuis zorgverlenersportaal.

□ Ja

□ Nee

Toelichting punt 3:

*Toestemming voor di­gi­taal delen van uw me­di­sche ge­ge­vens*

U heeft bij het Deventer Ziekenhuis een digitaal medische dossier. Uw huisarts en apotheek hebben via een beveiligde web portaal inzage in onderdelen van uw medisch dossier, tenzij u daartegen bezwaar heeft gemaakt. Volgens de laatste wet- en regelgeving mag een zorgverlener buiten het Deventer Ziekenhuis uw medische gegevens alleen inzien met uw toestemming.

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

1. **Heeft u kinderen; vul dan hieronder de gegevens in**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naam (M/V)** | **Voorletters** | **Geboorte datum** | **Indien sprake van eenoudergezag, graag vermelden wie de wettelijke vertegenwoordiger is.** | **Wilt u ook uw kind inschrijven?** |
|  |  |  |  | □ Ja Zo ja, vul dan het BSN en telefoonnummer van uw kind in:  □ Nee |
|  |  |  |  | □ Ja Zo ja, vul dan het BSN en telefoonnummer van uw kind in:  □ Nee |
|  |  |  |  | □ Ja Zo ja, vul dan het BSN en telefoonnummer van uw kind in:  □ Nee |
|  |  |  |  | □ Ja  Zo ja, vul dan het BSN en telefoonnummer van uw kind in:  □ Nee |
|  |  |  |  | □ Ja  Zo ja, vul dan het BSN en telefoonnummer van uw kind in:  □ 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. een allergie voor een bepaald soort 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 de 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? | □ Ja, waaraan en wanneer? | □ Nee |
| Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad? | □ Ja, wanneer en wat voor ongeval? | □ Nee |
| Zijn er blijvende gevolgen? | □ Ja, welke gevolgen? | □ Nee |
| Krijgt u een griepvaccinatie? | □ Ja, waarom | □ Nee |
| Heeft u het afgelopen jaar het griepvaccin gehad? | □ Ja | □ Nee |
| Zijn er nog andere punten, die voor uw huisarts relevant kunnen zijn? | □ Ja | □ Nee |

**11. Medisch voorgeschiedenis familieleden**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medisch voorgeschiedenis familieleden** | **Ja, bij wie? En op welke leeftijd ontstaan?** | **Nee** |
| Hartaandoening bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 60 jaar werden? |  | □ |
| Diabetes type 1 of type 2 (suikerziekte) bij ouders, broers, zussen of kinderen? |  | □ |
| Melanoom (kwaadaardige moedervlek) bij ouders, broers, zussen of kinderen? |  | □ |
| Darmkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden? |  | □ |
| Darmkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie? |  | □ |
| Prostaatkanker bij vader, broers of zoons voordat ze 55 jaar werden? |  | □ |
| Eierstokkanker bij moeder, zussen of dochters? |  | □ |
| Borstkanker bij ouders, broers, zussen of kinderen voordat ze 50 jaar werden? |  | □ |
| Borstkanker bij meer dan 1 familielid aan dezelfde kant van de familie? |  | □ |
| Psychiatrische aandoeningen. |  | □ |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heeft u ooit deelgenomen aan BVO darmkanker.  P.S.: BVO indicatie vanaf 55ste tot 75ste levensjaar | □ Ja, in het jaar......  Laatste uitslag:…..... | □ Nee |
|  | | |
| **VOOR VROUWEN** |  |  |
| Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt?  P.S.: BVO indicatie vanaf 30ste tot 60ste levensjaar. | □ Ja, in het jaar......  Laatste uitslag:…..... | □ Nee |
| Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt.  P.S.: BVO indicatie vanaf 50ste tot 75ste levensjaar. | □ Ja, in het jaar......  Laatste uitslag:…..... | □ 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 |  |  |





