



Huisartsenpraktijk de Kastanje

Controle ID : Ja Nee

Aanmelden op MGN : Ja Nee

Verklaring van inschrijven bij de huisarts

U heeft zich bij ons in de praktijk aangemeld als nieuwe patiënt. Het is voor uw nieuwe huisarts prettig, om van belangrijke en actuele zaken betreffende uw gezondheid op de hoogte te zijn, in aanvulling op de gegevens van uw vorige huisarts.

Daarom willen wij u vragen voor elk lid van de familie dit formulier in te vullen.

Dit formulier wordt bewaard bij uw medische gegevens.

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds .. - .. - 20.. als patiënt staat ingeschreven.

Graag wil ik ingeschreven worden bij huisarts

A.M. Ng-A-Tham

E.C.M. Overbeek

J. Grasmeijer

M. Zijlstra

Naam patiënt:	
Straatnaam + huisnummer:	
Postcode + woonplaats:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer(s):	
Email adres:	
Land van herkomst:	
Gesproken taal:	
Zorgverzekeraar + verzekeringsnummer:	
BSN nummer:	
ID nummer: <input type="radio"/> Paspoort <input type="radio"/> ID kaart <input type="radio"/> Rijbewijs	
Apotheek binnen Hoogeveen:	
Vorige huisarts:	
Plaats vorige huisarts:	

Wilt u zich aanmelden via MijnGezondheid.Net? Ja Nee

(Zie bijgevoegde folder of vraag de assistente voor meer informatie)

Bent u reeds **uitgeschreven** bij uw vorige huisarts? Ja Nee

Is uw vorige huisarts gebeld en worden uw medische gegevens z.s.m. geleverd? Ja Nee

(zo nee, dan verzoeken wij u dit dringend in orde te maken)

Hierbij geef ik huisartsenpraktijk de Kastanje toestemming om mijn medische dossier op te vragen:

Plaats:	
Datum:	
Handtekening:	

Z.O.Z.

Heeft u de volgende ziekten:

Suikerziekte ja nee
Hart/vaatziekte ja nee
Hoge bloeddruk ja nee
Astma/ COPD ja nee
Epilepsie ja nee
Allergie ja nee , zo ja voor.....

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? ja nee

Zo ja, namelijk bij:.....

Is uw milt bij u verwijderd? ja nee

Zo ja, reden hiervan is:.....

Zijn er familieleden (ouders, broers, zussen) met:

Suikerziekte ja nee
Astma/ COPD ja nee
Hart/vaatziekte ja nee
Borst- of dikke darmkanker of andere familiale aandoeningen?:

Graag nog enkele algemene gegevens:

Land van geboorte:.....
Beroep:.....
Momenteel werkzaam: ja nee Pensioen Vut Arbeidsongeschikt Werkloos
Soort woonverband: Getrouwd ongehuwd samenwonend gescheiden
 partner overleden
Kinderen: ja, hoeveel nee
Roken: ja, zo ja gemiddeld sigaretten per dag,
anders:
 nee
 gestopt, wanneer gestopt?.....
Gebruikt u drugs? ja, zo ja namelijk.....
 nee
Drinkt u alcohol? ja, zo ja namelijk consumpties per dag.
 nee
Heeft u een donorcodicil? ja nee

Uitwisseling medische gegevens tussen huisarts en huisartsenpost.

Zoals u weet houden wij uw medische gegevens bij in een medisch dossier. Om u vanaf de huisartsenpost zo goed mogelijk zorg te bieden, is het belangrijk dat de artsen op de huisartsenpost uw medisch dossier in kunnen zien, zie hiervoor bijgevoegd LSP formulier en folder. Mocht u hier bezwaar tegen maken dan kunt u dit aangeven op het LSP formulier.

Wij hebben ook een website, waar alle laatste nieuws en informatie over de praktijk op staat: www.dekastanjehuisartsen.nl. Ook kunt u allerlei dingen via de website zelf regelen, zoals bijv. medicatie aanvragen (via MijnGezondheid.net). Hiervoor moet u zich eerst aanmelden.

Ruimte voor evt. opmerkingen en medicatiegebruik (naam van medicatie + gebruik), tenzij al goed bij ons bekend:

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

Bedankt voor het invullen van het formulier.