Inschrijving bij huisarts:	ION aangemeld	Dossier volgt	
		Ja ☐	Nee ☐

Huisartsenpraktijk BLANKENBURG
Blankenburg 3
3181 BC Rozenburg
Tel. (0181) 820 920

Inschrijfformulier - voor patiëntenregistratie bij Huisartsenpraktijk Blankenburg

Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk.
Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Graag dit formulier **volledig** invullen, ondertekenen en inleveren bij de praktijk bij onze balie.
- Neem bij het inleveren een geldig identiteitsbewijs mee, ook van eventuele kinderen.
- Neem bij het inleveren uw zorgpas mee of een bewijs van inschrijving bij uw zorgverzekeraar.
- Graag uw vorige huisarts inlichten over uw vertrek en dat u toestemming geeft voor een digitale overdracht van uw medisch dossier.

Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn en het formulier ondertekenen. Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor het opvragen van gegevens.
Voor ieder in te schrijven persoon dient een apart inschrijfformulier gebruikt te worden.

Persoonsgegevens

Burger Service nummer (BSN):					
ID check – Nummer ID bewijs:		**Soort ID:**			
Naam huidige zorgverzekeraar:					
Zorgverzekering polisnummer:					
Achternaam:					
Voorletters:		Roepnaam:			
Geboortedatum:	……. - ……. - …….	Geslacht:	M / V / anders:		
Straatnaam:		Huisnummer + toevoeging			
Postcode:		Woonplaats:			
Telefoonnummer:					
Mobielnummer:					
E-mailadres:					
1e contactpersoon bij nood: (niet verplicht om op te geven)	Naam: …… Telnr.: …… **Mag deze persoon voor u afspraken maken en uitslagen opvragen?** (U bent zelf verantwoordelijk voor het eventueel weer intrekken van de machtiging) ☐ Ja ☐ Nee				

Zijn er meerdere personen woonachtig op dit adres in **hetzelfde gezinsverband**?	Ja / Nee – **Zo ja, graag naam en geboortedatum van de personen:** …….. ……-……-…… …….. ……-……-…… …….. ……-……-…… …….. ……-……-……

Vul onderstaand alleen in als het een inschrijving van een kind betreft.
(Voor ieder kind altijd eigen inschrijfformulier gebruiken)
Het volgende is van toepassing op het kind:

Indien kind < 12 jaar: **beide** gezaghebbenden tekenen voor inschrijving en uitwisselend medische gegevens.	☐
Indien kind 12-16 jaar: **beide** gezaghebbenden **alsook het kind tekenen** voor inschrijving en uitwisselen medische gegevens.	☐
Indien > 16 jaar: **Geen handtekening nodig van gezaghebbenden.**	☐
Voor praktijkmedewerker: voer identiteitscontrole uit aan de hand van geldig ID.	**ID controle**
Datum: ……-……-…… Naam gezaghebbende 1: …… Relatie tot het kind : …… Handtekening (1) : ……	☐
Datum: ……-……-…… Naam gezaghebbende 2: …… Relatie tot het kind : …… Handtekening (2) : ……	☐
Datum: ……-……-…… Naam kind : …… Handtekening : ……	☐

Huisartsenpraktijk
BLANKENBURG
Blankenburg 3
3181 BC Rozenburg
Tel. (0181) 820 920

Gegevens <u>vorige</u> huisarts

Naam:	
Adres:	

Gegevens <u>vorige</u> apotheek

Naam:	
Adres:	

Gegevens <u>nieuwe</u> apotheek (u dient <u>zelf</u> de inschrijving bij uw nieuwe apotheek te doen)

Naam:	
Adres:	

Toestemming opvragen en verstrekken gegevens

Hierbij verleen ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en/of apotheek.
Ik geef hierbij tevens toestemming om relevante medische gegevens uit te wisselen met de nieuwe apotheek.

Datum: …….. - …….. - …… Handtekening: ……..

Huisartsenpraktijk
BLANKENBURG
Blankenburg 3
3181 BC Rozenburg
Tel. (0181) 820 920

Medische gegevens

Bent u **overgevoelig** of **allergisch** voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?
Heeft u andere allergieën of overgevoeligheden?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de gegevens in)

Geneesmiddel en/of hulpstof, allergieën/overgevoeligheden	Bijwerking of bijzonderheden

Gebruikt u medicijnen?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de medicatie in dat u gebruikt)

Naam geneesmiddel	Hoeveel mg	Gebruik per dag of per week

Bent u onder behandeling van een specialist?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de gegevens in)

Naam van specialist	Naam van ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

☐ nee

☐ ja (vul hieronder de gegevens in)

Waaraan geopereerd?	Wanneer geopereerd?

Heeft u verder nog relevante medische geschiedenis die uw huisarts moet weten?

_____

_____

_____

_____

_____

LSP

Met de ondertekening van dit formulier geef ik tevens **wel** ☐ **geen** ☐ toestemming voor het LSP. Het Landelijk Schakelpunt is geen database. Er worden geen medische gegevens in opgeslagen. Jouw medische gegevens blijven gewoon staan in de dossiers bij de huisarts en apotheek. Andere zorgaanbieders kunnen de belangrijkste informatie bekijken via het Landelijk Schakelpunt. Dit houdt in dat wanneer u bij spoed op de huisartsenpost terecht komt of opgenomen wordt in het ziekenhuis, de artsen daar de meest recente informatie kunnen lezen in uw dossier. Verder kan uw nieuwe apotheek gegevens opvragen bij het ziekenhuis over uw medicatie gebruik. Meer informatie kunt u vinden op: https://www.volgjezorg.nl/het-lsp

Dit formulier heb ik naar waarheid ingevuld:

Datum: ……-……..-…….. Handtekening: _____

Gemakkelijk voor u en voor ons, de Uw Zorg-online app

Via dit patiënten portaal is het mogelijk dat u zelf afspraken kan maken, herhaalrecepten aanvraagt of uw huisarts een vraag stelt of een foto stuurt. Tevens kunt u na aanmelding in uw eigen digitale dossier kijken.

Downloaden van de app kan via: https://huisartsenpraktijkblankenburg.uwzorgonline.nl/inloggen-en-registratie/app (deze link vindt u ook op onze website). U kunt zelf een account maken en inloggen met uw DigiD.

Huisartsenpraktijk
BLANKENBURG
Blankenburg 3
3181 BC Rozenburg
Tel. (0181) 820 920

Checklist voor de praktijkmedewerker

Bij afgifte van het formulier door patiënt aan de praktijkmedewerker:

☐ ID-check en notitie ID-nummer.

☐ Zorgverzekering polisnummer genoteerd?

☐ Heeft de patiënt zich laten uitschrijven bij vorige huisarts?

☐ Heeft de patiënt aangegeven wel of geen LSP-koppeling?

☐ Folder Uw Zorgonline app meegeven.

☐ Leaflet bij inschrijving meegeven, huisarts aankruisen op het formulier.

☐ Gedragsregels meegeven.

Bij verwerking in het HIS:

Checks door de praktijk	Datum	Medewerker	Paraaf
COV-controle.			
ION controle.			
Invoeren NAW in MHIS.			
Meerdere personen woonachtig op dit adres? Zo ja, zelfde huisarts.			
Melding werkblad in MHIS.			
Dossier ingelezen.			
Actueel medicatie overzicht opgevraagd bij vorige apotheek.			
Genoemde allergieën doorgevoerd in dossier.			
Toestemming LSP verwerkt.			
Verificatie door huisarts.			