

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ M / V
Meisjesnaam: _____ Voorletters: _____
Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____
Burgerservicenummer: _____
Verzekering: _____ Polisnummer: _____
Straatnaam: _____ Huisnummer: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____ Mobiele nummer: _____
(Persoonlijk) e-mailadres: _____

Is uw partner/huisgenoot al in de praktijk ingeschreven? Ja / Nee

Zo ja;

Naam van uw partner/huisgenoot: _____

Geboortedatum van uw partner/huisgenoot: _____

Reden van inschrijving: Verhuizing? Ja / Nee / Anders: _____

Gegevens vorige huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Medische gegevens

Lengte: _____ cm Gewicht: _____ kg

Heeft u een allergie (bijvoorbeeld medicatie)? Ja / Nee

Waarvoor bent u allergisch: _____

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Heeft u een chronische ziekte of komt deze in de familie voor?

	Bij u:	Bij u in de familie:
Suikerziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Hart/vaatziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Nierziekte:	Ja / Nee	Ja / Nee
Hoge bloeddruk:	Ja / Nee	Ja / Nee
Astma of COPD:	Ja / Nee	Ja / Nee
Epilepsie:	Ja / Nee	Ja / Nee
Reumatoïde artritis:	Ja / Nee	Ja / Nee
Te hoog cholesterol:	Ja / Nee	Ja / Nee
Andere ziekten:	Ja / Nee	Ja / Nee

Welke: _____

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja / Nee

Zo ja, waarom? _____

Heeft u in het verleden een operatie ondergaan? Ja / Nee

Zo ja, wanneer en waarvoor? _____

Leefstijl

In de praktijk wordt veel aandacht besteed aan preventie, vandaar dat we graag antwoord op de onderstaande vragen van u ontvangen.

Rookt u? Ja / Nee (Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____)

Gebruikt u alcohol? Ja / Nee (Zo ja, hoeveel consumpties per dag / per week? _____)

Gebruikt u drugs? Ja / Nee (Zo ja, welke en hoeveel? _____)

Is er nog aanvullende informatie waarvan u uw nieuwe huisarts op de hoogte wil stellen?

Wenst u een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts? Ja / Nee

Wenst u gebruik te maken van MijnGezondheid.net? Ja* / Nee

**MijnGezondheid.net is uitsluitend te gebruiken door personen van 16 jaar en ouder, met een Digi-D inlog.*

Graag ontvangen we bij het inleveren een kopie van een geldig identiteitsbewijs of paspoort. Wij wijzen u er nogmaals op dat u zelf verantwoordelijk bent voor de overdracht van uw medische gegevens, neemt u hiervoor contact op met uw vorige huisarts!

Handtekening patiënt: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Aangenomen door medewerker: _____

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS



U kunt uw toestemming ook zelf digitaal invullen via www.ikgeeftoestemming.nl!

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

DIT FORMULIER IS GELDIG VOOR:

Apotheek Trigoon
Hendrik Hamerstraat 91
3295 CG 's Gravendeel

Dienstapothek Hoeksche Waard
Kerkstraat 28A
3286 AK Klaaswaal

Huisartsen praktijk Trigoon
 Huisartsenpraktijk Gouweloos
 Huisartsenpraktijk Boudesteijn

Huisartsenpost Klaaswaal

MIJN GEGEVENS

Achternaam:

Voorletters:

M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Email:

GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

JA NEE Achternaam & Voorletters:
Geboortedatum:
 M V

Handtekening:
(niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar)

JA NEE Achternaam & Voorletters:
Geboortedatum:
 M V

Handtekening:
(niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar)

JA NEE Achternaam & Voorletters:
Geboortedatum:
 M V

Handtekening:
(niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar)

JA NEE Achternaam & Voorletters:
Geboortedatum:
 M V

Handtekening:
(niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar)

Datum en plaats:

Handtekening:

LET OP!!! HEEFT U APOTHEEK TRIGOON REEDS TOESTEMMING GEGEVEN VIA UW HUISARTS, DAN HOEFT U DIT FORMULIER NIET TE RETOURNEREN!!!