

Personal data

Surname: _____ Male / Female
Birth name: _____ Initials: _____
First name: _____ Date of birth: _____
Citizen service number: _____
Insurance: _____ Policy number: _____
Streetname: _____ House number: _____
Zip code: _____ Domicile: _____
Phone number: _____ Mobile number: _____
(Personal) e-mail address: _____
Level of education: _____ Job: _____
Type of identification document: _____ Document number: _____

Is your partner / housemate already registered in our practice? Yes / No

If so;

Name from your partner/housemate: _____

Date of birth from your partner/housemate: _____

Reason for registration: Relocation? Yes / No / Different: _____

Details previous General Practitioner

Name: _____

Address: _____

Domicil: _____

Phonenumber: _____

Medical data

Length: _____ cm Weight: _____ kg

Do you have an allergy (e.g. for medication)? Yes / No

What are you allergic to: _____

Do you take any medicines? Yes / No

Name: _____ Dosage: _____

Name: _____ Dosage: _____

Name: _____ Dosage: _____

Name: _____ Dosage: _____

Name: _____ Dosage: _____

Do you have a chronic illness or does it run in the family?

	With you:	With you in the family:
Diabetes Mellitus:	Yes / No	Yes / No
Heart/vascular disease:	Yes / No	Yes / No
Kidney disease:	Yes / No	Yes / No
High bloodpressure:	Yes / No	Yes / No
Asthma or COPD:	Yes / No	Yes / No
Epilepsy:	Yes / No	Yes / No
Rheumatoid arthritis:	Yes / No	Yes / No
Too high cholesterol:	Yes / No	Yes / No
Other diseases:	Yes / No	Yes / No

Which: _____

Are you getting a flu vaccination? Yes / No

If so, why? _____

Have you had surgery in the past? Yes / No

If so, when and for what? _____

Lifestyle

In our practice, a lot of attention is paid to prevention, which is why we would like to receive answers to the questions below.

Do you smoke? Yes / No (If so, how many cigarettes a day? _____)

Do you use alcohol? Yes / No (If so, how many drinks a day / week? _____)

Do you use drugs? Yes / No (If so, which and how much? _____)

Is there any additional information you would like to inform your new doctor about?

Would you like an introductory meeting with your new doctor? Yes / No

Would you like to use MijnGezondheid.net? Yes* / No

**MijnGezondheid.net can only be used by persons of 16 years and older, with a Digi-D login.*

We would like to receive a copy of a valid proof identity or passport when handing in. We would like to point out again that you are responsible for the transfer of your medical data, please contact your previous doctor!

Patient signature: _____

Date: _____ Location: _____

Forms accepted by employee: _____

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!!!