

**Inschrijfformulier thuiswonende kinderen.**

Inschrijfdatum: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_

Inschrijven in de praktijk van:

0 Dr J. Westenberg

0 Dr Damen

0 Dr Dun&Vernooy

Staan er al mensen ingeschreven uit uw gezinsverband, dan vragen wij u dezelfde huisarts aan te vinken.

Achternaam:.............................................................

Voorletters:..............................................................

Roepnaam:...............................................................

Geb. Datum:............................................................

Geslacht: M/V

Adres:......................................................................

Postcode:.................................................................

Telefoonnr.: ………… Mobiel:……………………

BSN nr:..................................................................

Ziektekostenverzekeraar:........................................ Verzekeringsnummer:...............................

Uzovi code (4 cijferige code op verzekeringspas) ……………………………………………..

**Identificatie:**

Soort document: 0 Nederlands paspoort

0 Nederlands rijbewijs

0 Nederland identiteitskaart

0 Vreemdelingendocument

Wettelijk identiteitsnummer:………………………………………………………………

**Contactpersoon** in noodgeval: ................................ Tel.nr: ……………………………………

Vorige huisarts:......................................................

Medisch dossier bij vorige huisarts opgevraagd: Ja / Nee

Ingeschreven bij Apotheek Zielhorst: Ja / Nee nl. ...................................................................

**Werk/Opleiding**:

0 School:.................................................................................................................................

0 Ik studeer Studierichting:....................................................................................................

0 Voltooide schoolopleiding:.................................................................................................

0 Ik werk als:........................................................................................................................

Geloofsovertuiging:

Heb je een bepaalde geloofsovertuiging? Nee / Ja nl..........................................................

**Sport:**

Doe je aan sport? Nee / Ja nl............................................................. ......... keer per week

**Roken / Drugs:**

Rook je? Nee / Ja aantal sigaretten per dag: ........Gebruik je drugs? Nee / Ja nl. .............................. Hoeveel? .......................................... Alcohol:Drink je alcohol? Nee / Ja ....... glazen per dag/week

**Gezondheid en ziekten:**

Ben je bekend met

0 Diabetes Mellitus\*

0 Longziekte : emfyseem / chronische bronchitis / astma / tbc / longontsteking\*

0 Allergische aandoening: hooikoorts / eczeem

voedselallergie nl:..........................................................

medicijnallergie nl:........................................................

0 Hoge bloeddruk \*

0 Hart en vaatziekten\*

0 Maagzweer, galstenen, geelzucht, andere lever/darmziekten nl. ...........................................

0 Nierziekten, nierstenen, blaasziekten

0 Struma, schildklierafwijking

0 Langdurige gewrichtsklachten

0 Ernstige bloedarmoede

0 Geslachtsziekten zo ja welke? ...................................

0 Depressie, overspannen, angsten

0 Eetstoornis

0 Andere ernstige ziekten nl.: ...........................................

\*maak a.u.b. een afspraak bij de praktijkondersteuner somatiek (POH)

Ben je op dit moment onder behandeling bij een specialist?

0 Nee

0 Wel geweest, voor .........................................................

0 Ja, voor ..........................................................................

**Medicatie:**

Gebruik je medicijnen?

0 Nee

0 Ja, nl. (naam en dosering vermelden)

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

**Griepvaccinatie:**

Heb je het afgelopen jaar een griepprik gehad? Nee / Ja i.v.m. .................................................

**Traumatische ervaring:**

Ben je ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld, mishandeling of een andere traumatische ervaring? Nee/ Ja

Wil je er iets over kwijt? ..............................................................................................................

Psychische problemen:

Heb je hulp (gehad) voor psychische problemen? Nee / Ja

Zo ja: Bij wie en wanneer? .........................................................................................................

Is er iets niet gevraagd wat je wel van belang vindt voor de huisarts om te weten?

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

|  |  |
| --- | --- |
| JA | **NEE** |
| Ik geef wel toestemming aan de huisarts om gegevens van mijn kind beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. | Ik geef **geen** toestemming aan de huisarts om gegevens van mijn kink beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. |

Hierbij verklaar ik als patiënt in huisartsenpraktijk Zielhorst te zijn ingeschreven en toestemming te geven voor het opvragen van mijn medisch dossier. Tevens geef ik toestemming dat, wanneer ik deze praktijk verlaat, mijn medisch dossier verstuurd mag worden naar mijn nieuwe huisarts.

Datum: Handtekening (ouders/verzorger):