
INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK TETERINGEN

U wilt zich in onze praktijk als nieuwe patiënt laten inschrijven. Hartelijk welkom!

Vul dit formulier en de vragenlijst zo volledig mogelijk in en wij verzoeken u vriendelijk bij uw vorige huisarts te laten weten dat u naar ons overstapt, zodat we uw medisch dossier kunnen opvragen.

Inschrijving per datum _____ - _____ - _____

Man

Vrouw

Anders

Naam: _____

Adres en nr.: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____

BSN-nummer: _____

Legitimatiebewijs:

ID-kaart Paspoort Rijbewijs Anders, nl:

Documentnummer: _____

Verzekerd bij: _____

Relatienummer: _____

Indien u gaat samenwonen, met een bij ons reeds bekende patiënt, graag hier vermelden (naam & geboortedatum): _____

Gegevens vorige huisarts:

Naam: _____

Adresgegevens: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____

Handtekening:

VRAGENLIJST HUISARTSENPRAKTIJK TETERINGEN

Huisartsenpraktijk Teteringen wil aan u persoonsgerichte en goede zorg bieden. Dat betekent dat wij aandacht hebben voor uw gezondheid nu en in de toekomst. Daarom zouden we u willen vragen deze vragenlijst in te vullen.

Wenst u een kennismakingsgesprek?: 0 Ja 0 Nee

Via www.thuisarts.nl/kennismakingsgesprek-met-huisarts kunt u zich voorbereiden op dit gesprek.

Wilt u zich aanmelden voor MijnGezondheid.net? (16+): 0 Ja 0 Nee

Voor meer informatie over MGN zie laatste pagina.

Wat is uw beroep? _____

Gebruikt u naast uw voorgeschreven medicatie andere (zelfzorg)middelen (bijvoorbeeld supplementen)? 0 Ja 0 nee

Zo ja, welke:

Bent u bekend met een allergie of overgevoeligheid voor medicijnen?:

0 Ja 0 Nee

Zo ja, welke:

Wat is uw gewicht?: _____

Wat is uw lengte?: _____

Rookt u?: 0 Ja 0 Nee

Zo ja, hoeveel sigaretten/ sigaren per dag: _____

In het verleden gerookt? _____ t/m _____

Drinkt u alcohol?: 0 Ja 0 Nee

Zo ja, hoeveel glazen per dag: _____

Gebruikt u drugs?: 0 Ja 0 Nee

Zo ja, welke: _____

Heeft u een niet –reanimeren verklaring? 0 Ja 0 Nee

Zo ja, zou u een kopie hiervan willen inleveren.

Heeft u een wilsverklaring? 0 Ja 0 Nee

Zo ja, zou u een kopie hiervan willen inleveren.

Staat u geregistreerd als donor?

0 Ja 0 Nee 0 Keuze aan nabestaande

Wenst u een contactpersoon vermeld in uw dossier? 0 Ja 0 Nee

Zo ja, graag naam, telefoonnummer en relatie van de contactpersoon
benoemen:

Komen er in uw familie erfelijke aandoeningen voor?: 0 Ja 0 Nee

Zo ja, welke:

Zijn er nog andere belangrijke zaken waarvan u denkt dat uw huisarts moet weten?

Vergeet niet het volgende formulier over de LSP ook in te vullen.

TOESTEMMINGSFORMULIER WEST-BRABANT

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS BIJ WAARNEMING TOESTEMMING

Op dit formulier vragen wij u toestemming te geven om uw medische gegevens en de gegevens van uw medicijngebruik uit te wisselen tussen huisartsen en apotheken. Lees hiervoor de folder "Beter geholpen met goede informatie". **Kruis hieronder aan of u wel of geen toestemming geeft aan de huisarts** en lever dit formulier direct weer in.

HUISARTS

 JA NEE

NAAM: **Huisartsenpraktijk Teteringen (Huisarts Elmans-Reuvers, Huisarts de Kam, Huisarts Raaijmakers, Huisarts van Nispen)**

ADRES: **Willem Alexanderplein 2**

POSTCODE EN PLAATS: **4847 AL Teteringen**

MIJN GEGEVENS *Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

 M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

E-MAIL:

DATUM:

UW HANDTEKENING:

HEEFT U KINDEREN?

Voor het uitwisselen van gegevens voor uw kind of kinderen geldt het volgende:

- Kinderen tot 12 jaar: de ouder/voogd geeft toestemming -> vul onderstaand de gegevens in.
- Kinderen van 12 tot 16 jaar: zowel de ouder/voogd als het kind moet toestemming geven -> het kind kan onderstaand invullen een paraaf achter zijn/haar naam zetten of zelf een apart formulier
- Kinderen vanaf 16 jaar: het kind geeft zelf toestemming op een apart formulier.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN (let op, dit is alleen voor de aanmelding van het LSP, voor het inschrijven van de kinderen gebruikt u het andere formulier)

HUISARTS

 JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:

paraaf kind:

 M
 V

GEBOORTEDATUM:

BSN:
jaar)

(indien tussen 12-16

HUISARTS

 JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:

paraaf kind:

 M
 V

GEBOORTEDATUM:

BSN:
jaar)

(indien tussen 12-16

HUISARTS

 JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:

paraaf kind:

 M
 V

GEBOORTEDATUM:

BSN:
jaar)

(indien tussen 12-16

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

Informatie MijnGezondheid.net (MGN)



Via MijnGezondheid.net (MGN) kunt u eenvoudig en snel allerlei zaken regelen met uw huisarts, praktijkondersteuner of assistente. U kunt MGN, 7 dagen per week, 24 uur per dag, raadplegen.

U kunt online een vraag stellen en in de toekomst ook een afspraak maken. Daarnaast is het mogelijk een samenvatting in te zien van persoonlijk medisch dossier, inclusief uw medicatie gebruik. Zo heeft u altijd en overal inzage in uw eigen gezondheid. En gaat u op vakantie, neem dan een uitdraai mee van uw medicatiepaspoort.

Uw privacy staat voorop. Om er voor te zorgen dat uw gegevens goed beveiligd zijn, logt u in op MijnGezondheid.net met uw DigiD met SMS-verificatie. Heeft u nog geen DigiD met SMS? Ga dan naar www.digid.nl om er één aan te vragen.

LET OP; u kunt zich alleen aanmelden bij MGN indien u 16 jaar bent of ouder.

Voordelen MGN:

- Goed beveiligd, persoonlijk dossier
- Online afspraken maken (in de toekomst mogelijk)
- Vraag stellen via E-consult
- Herhaalrecepten aanvragen
- Medicatiepaspoort inzien en afdrukken
- Onderzoeksresultaten bekijken, zoals bloedsuitslagen
- Uw eigen medisch dagboek bijhouden

Wilt u zich hiervoor aanmelden? Kruis dan 'Ja' aan op het inschrijfformulier.