

Patiënt - inschrijfformulier bij Huisartsen Pleinwegpraktijk

Postcodegebied 3081 en 3083. Woont u in het postcode gebied en zoekt u een huisarts dan kunt u zich inschrijven.

U kunt dit formulier afgeven op de praktijk of in de brievenbus of mailen naar: recept@pleinwegpraktijk.nl.

Per formulier kan 1 persoon worden ingeschreven, wilt u gezinsleden inschrijven dan voor elk gezinslid een apart formulier in vullen! Zo worden vergissingen en/of fouten voorkomen.

Welke huisarts heeft uw voorkeur, de praktijk is verdeeld in 2 clusters:

dhr. Edskes & mw. Mast

of

mw. Hau

Gegevens van de persoon die zich inschrijft:

Het BSN (sofi) nummer:

Bij aanspreken geslacht: man / vrouw / neutraal

De geboortedatum (dd/mm/jjjj)?

Wat is uw geboorteplaats?: Geboorteland?:

De voorletter(s)? De voornaam voluit:

De voorvoegsel(s)?

De achternaam bij geboorte?

De aangetrouwde achternaam (indien van toepassing)?

Wat is het woonadres/huisnummer?.....

Wat is de postcode/woonplaats?

Wat is uw telefoonnummer?

Wat is uw persoonlijk email-adres?

Wat is het ziektekosten verzekeringsnummer?

Welke verzekeraar ziektekostenverzekering?

Wat is uw huidige beroep of opleiding?(netwerk, extra)

Naar welke apotheek kunnen wij de recepten sturen?

Wie was uw vorige huisarts / praktijk?

Het adres van de vorige huisarts?

Vragenformulier medische risicofactoren
Alleen invullen als u 16 jaar of ouder bent!

Wat is uw gewicht?

Kilogram

Wat is uw lengte?

 ,

Meter

omcirkel wat op u van toepassing is
Rookt u?



Nooit
Voorheen
Ja

stopdatum:

Wenst te stoppen met roken?

Ja
Nee

Is er sprake van suikerziekte?



Suikerziekte bij uzelf?	ja	nee
Suikerziekte bij uw vader?	ja	nee
Suikerziekte bij uw moeder?	ja	nee
Suikerziekte bij zus(sen)?	ja	nee
Suikerziekte bij broer(s)?	ja	nee

Heeft u kankerbehandeling (gehad) met bestraling en/of chemotherapie?

ja	nee
----	-----

Indien ja: welke vorm van kanker?

Komen er hart- en vaatziekten voor (hartinfarct of beroerte)?

HVZ bij uzelf	ja	nee
HVZ bij uw vader (start voor 60 ^e jaar)	ja	nee
HVZ bij uw moeder (start voor 60 ^e jaar)	ja	nee

Longaandoening?

Is er sprake van astma bij uzelf?	ja	nee
Is er sprake van COPD bij uzelf?	ja	nee

TAKEN

Huisartsen Pleinwegpraktijk is aangesloten bij het Landelijk Schakelpunt (LSP)

Met uw toestemming kunnen we ervoor zorgen dat u ook 's avonds en in het weekend de beste zorg krijgt. Als u 's avonds of in het weekend naar de dokter moet kan deze dokter uw belangrijkste medische gegevens bij ons opvragen. Medische gegevens worden dan via een beveiligd netwerk (LSP) uitgewisseld met de huisartsenpost en met de apotheek. Voor meer info bezoek:

www.volgjezorg.nl

Maak hier uw keuze:

- ☐ **JA** ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.
- ☐ **NEE** ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS VERZOEK TOESTUREN MEDISCH DOSSIER

Ondergetekende staat ingeschreven bij 1 van onderstaande cluster van huisartsen (graag omcirkelen):

F. Edskes & F.R. Mast of **C.H. Hau**

Huisartsen Pleinwegpraktijk
Pleinweg 116-D
3083 EM Rotterdam
AGB praktijk: 01059281

En geeft de nieuwe huisarts toestemming om het medisch dossier bij zijn/haar vorige huisarts op te vragen:

Naam:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Handtekening: Datum:

Naam ouder/voogd:

Handtekening:

Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.

Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.