

**Controle door assistente:**

ASP : Ja / Nee
Verzekeringsgegevens : Ja / Nee
Identificatie : Ja / Nee
OCE-Diab : Ja / Nee
OCE-COPD : Ja / Nee
OCE-CVRM : Ja / Nee
OPT-IN : Ja / Nee *

* Bij nee :brief geen uitwisseling
meegeven

Huisartsenpraktijk Stoppels
Couwenbergstraat 36
6535 RZ Nijmegen
Telefoon 024-3561204

Om uw inschrijving soepel te laten verlopen vragen wij u om:

1. Dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en af te leveren bij een van onze assistenten.
2. Bij het afleveren van het formulier de volgende documenten mee te nemen:
Een kopie van uw paspoort en een kopie van uw verzekeringspasje.
3. Contact op te nemen met uw vorige huisarts en vragen of deze uw medisch dossier opstuurt naar onze praktijk.

PERSOONS GEGEVENS:

Achternaam:	man <input type="radio"/> vrouw <input type="radio"/>
Voornaam:	Voorletters:
Geboortedatum:	Nationaliteit:
Straat + huisnummer:	
Postcode:	Plaats:
Telefoon thuis/mobiel:	
Email-adres:	
Naam en telefoon contactpersoon:	
Naam verzekering:	Uzovi code:
Verzekeringsnummer/relatienummer/klantnummer:	
BSN :	Nieuwe apotheek:
Vorige huisarts en plaatsnaam:	

Gezondheid en ziekten:

<p>1. Heeft u klachten [gehad] van</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> diabetes mellitus<input type="checkbox"/> COPD, astma of bronchitis<input type="checkbox"/> hoge bloeddruk<input type="checkbox"/> hart of vaatziekten<input type="checkbox"/> overspanning<input type="checkbox"/> depressie of angsten<input type="checkbox"/> eetstoornissen<input type="checkbox"/> lever- of darmziekten<input type="checkbox"/> aanhoudende gewrichtsklachten<input type="checkbox"/> geslachtsziekten<input type="checkbox"/> schildklierziekten<input type="checkbox"/> andere ernstige ziekten: <p>2. Zo ja, bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nee<input type="checkbox"/> ja Welk specialisme? : <p>-----</p> <p>3. Bent u overgevoelig/allergisch voor:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Geneesmiddelen: welke: <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Andere stoffen: welke: <p>_____</p>	<p>4. Zijn er nog bijzonderheden of ernstige gebeurtenissen uit heden of verleden die u wilt vermelden?</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	---

Bedankt voor het invullen. Heeft u nog vragen neem dan gerust contact op met een van onze assistenten. Zij helpen u graag verder!

Graag dit formulier samen met het toestemmingsformulier ondertekenen en persoonlijk bij onze assistente afleveren.

Datum: - - **Handtekening:** _____

Toestemmingsformulier gegevensuitwisseling

Vindt u het goed dat uw gegevens worden ingezien door andere hulpverleners (zoals huisartsen en apothekers) voor uw behandeling?

- Ja, ik ga akkoord
 nee, ik ga niet akkoord.

Naam.....

Geboortedatum.....

ONDERTEKENING

Datum en plaats..... Uw handtekening

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u onderstaande invullen

Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik toestemming voor het inzien van de gegevens door andere hulpverleners. De kinderen waarvoor ik de toestemming verleen zijn:

Kind 1.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 1.....
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 2.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 2.....
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 3.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 3.....

Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 4.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 4.....
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat ouders of verzorgers schriftelijk toestemming geven met dit formulier én dat kinderen dit formulier mede ondertekenen.