

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Heimansweg

Welkom in onze huisartsenpraktijk!

Om u in te schrijven in onze praktijk hebben wij wat gegevens van u nodig om u te registreren. U kunt dit inschrijfformulier bij ons bij de balie inleveren en een kennismakingsafpraak met de huisarts maken.

Met vriendelijke Groet,
Team Huisartsenpraktijk Heimansweg

Persoonsgegevens

Naam:	Voorletters:	M/V
.....
Geboortedatum:	Geboorte- plaats en/of land:	
.....	
Adres:	Postcode:	
.....	
Telefoonnummer:	Telefoonnummer mobiel:	
.....	
BSN-Nummer:	Emailadres	
.....	
Verzekering Naam:	Polisnummer	
.....	
Apotheek:	Adres apotheek:	
.....	
Religie:		
.....		
Naam vorige Huisarts:	Adres vorige huisarts:	
.....	
Contactpersoon:	Telefoonnummer contactpersoon:	
.....	

Gezin/woonverband

- Alleenstaand
- Gehuwd met:.....
- Samenwonend met:.....
- Gescheiden sinds:.....
- Weduw(e)naar sinds:.....

Heeft u kinderen?

- Nee
- Ja, thuiswonend aantal:.....
- Ja, uitwonend aantal:.....

Werk

Opleiding:
.....

Beroep:
.....

Arbeidsongeschikt, zo ja sinds:
.....

Huisartsenpraktijk Heimansweg

● Heimansweg 21 ● 1031 TX Amsterdam ● T: 020 636 01 01 ● F: 020 637 15 87 ●
● www.praktijkheimansweg.nl ●

Gezondheid en ziekten

Gewicht:

.....

Lengte:

.....

Bent u op in behandeling bij een specialist?

Nee

JA, Specialisme/ziekte

.....

Heeft u klachten van:

- Suikerziekte
- Longziekten (Astma)
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten
- Overspanning
- Depressie
- Eetstoornis
- Lever of darmziekten
- Aanhoudende gewrichtsklachten
- Geslachtsziekten (SOA)
- Schildklierziekten
- Andere relevante ziekten, namelijk?

.....

Drinkt u alcohol?

Nee

Ja, aantal glazen per dag

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, welke

Rookt u?

Nee

Ja, aantal sigaretten per dag

Aantal jaren

Heeft u weleens een operatie ondergaan?

Nee

JA, waarvoor:.....

In welk jaar:.....

Gebruikt u medicijnen?

Nee

Ja, welke.....

.....

.....

Bent u overgevoelig (allergisch) voor:

Geneesmiddelen

.....

Bepaalde eten of drinken

.....

Andere stoffen

.....

Familieziektes?

Nee

Ja, welke

.....

Vermeld hieronder eventuele gegevens van uw kinderen s.v.p.:

Naam

Voorletters

Roepnaam

Geb. datum

Verzekering

Polisnummer

.....

.....

.....

.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Huisartsenpraktijk Heimansweg

● Heimansweg 21 ● 1031 TX Amsterdam ● T: 020 636 01 01 ● F: 020 637 15 87 ●

● www.praktijkheimansweg.nl ●



volg je zorg

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en ik heb het goed begrepen.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
ouder of voogd: _____

Datum: _____

Huisartsenpraktijk Heimansweg

• Heimansweg 21 • 1031 TX Amsterdam • T: 020 636 01 01 • F: 020 637 15 87 •

• www.praktijkheimansweg.nl •