

INSCHRIJFFORMULIER

Stakenberg 87a-4
6718 DG Ede
T. 0318-237135

www.huisartsendeginkel.nl

Huisartsenpraktijk
De Ginkel



Voorletters + achternaam:

Roepnaam:

Geboortedatum + geboorteplaats:

Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw

Adresgegevens

Straat + huisnummer:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer 1 (thuis):

Telefoonnummer 2 (mobiel):

E-mailadres:

BSN-nummer:

Zorgverzekeraar + verzekerdennummer:

Gegevens vorige huisarts

- Naam:
- Plaats:
- Telefoonnummer:

Apotheek*:

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Acacia apotheek | (Doomlaan 1b, 6717BN) |
| ☐ Edesche apotheek | (Eikenlaan 13, 6711MA) |
| ☐ Apotheek Weideman | (Willem de Zwijgerlaan 1b, 6713NS) |
| ☐ Apotheek Veldhuizen | (Bellestein 59, 6714DP) |
| ☐ Apotheek Rietkampen | (Stadspoort 46, 6716RH) |
| ☐ Apotheek Kernhem | (Stakenberg 87a-1, 6718 DG) |

**= Indien u van apotheek wilt wisselen, dient u dit door te geven aan uw huidige apotheek.*

Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan Huisartsenpraktijk De Ginkel om zijn/haar medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts. Ondergetekende geeft bij de vorige huisarts door dat:

- ☐ ~~Huisartsenpraktijk De Ginkel (geen voorkeur dokter)~~
- ☐ ~~dokter M.J.M. de Beer en dokter J. Overboom~~
- ☐ dokter P.G.E. van Eijsden en dokter J. Honigh

de nieuwe huisarts wordt.

Ondergetekende geeft **wel/geen*** toestemming om het deels openzetten van mijn dossier voor inzage door Huisartsenpost en/of Apotheek, het LSP. (Voor meer informatie over het LSP verwijzen wij u naar onze website.)

**= Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Datum van ondertekenen:

Handtekening:

Geachte heer, mevrouw,

Om snel een beeld te krijgen van u en uw gezondheid, vragen we u om de volgende vragen te beantwoorden. Als sommige vragen voor u te privé zijn om te beantwoorden, wilt u dan een afspraak maken met de huisarts om deze vragen te bespreken?

Bent u ooit geopereerd? ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, waarvoor/waaraan?

Is uw milt verwijderd? ☐ NEE ☐ JA

Bent u momenteel onder behandeling bij een specialist? ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, waarvoor/waar?

Rookt u? ☐ NEE ☐ JA ☐ VOORHEEN

Gebruikt u anticonceptie? ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, welke vorm?

Bent u zwanger? ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, bevallingsdatum:

Heeft u ... gehad?
Hoge bloeddruk ☐ NEE ☐ JA
Beroerte (TIA, CVA) ☐ NEE ☐ JA
Diabetes Mellitus ☐ NEE ☐ JA ☐ Controle via praktijk ☐ Controle via internist
Verhoogd cholesterol ☐ NEE ☐ JA
Astma ☐ NEE ☐ JA
COPD ☐ NEE ☐ JA
Hartinfarct ☐ NEE ☐ JA
Schildklierziekten ☐ NEE ☐ JA ☐ Te snel werkend ☐ Te traag werkend
Verminderde nierfunctie ☐ NEE ☐ JA ☐ Weet ik niet
Chronische infectie (zoals TBC, Q-koorts, Lyme, HIV, Hep. B) ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, welke infectie?

Epilepsie ☐ NEE ☐ JA ☐ In het verleden ☐ Onder controle neuroloog
Dementie ☐ NEE ☐ JA
Kanker ☐ NEE ☐ JA ☐ Onder behandeling ☐ Onder controle
Zo ja, welke vorm?

Erfelijke aandoening ☐ NEE ☐ JA
Zo ja, welke aandoening?

Wat gebruikt u aan medicatie?

Heeft u familieleden in de praktijk? ☐ NEE ☐ JA, namelijk:
Werkt u zelf in de zorg? ☐ NEE ☐ JA, mijn beroep:
Welke taal spreekt u? ☐ Nederlands ☐ Engels ☐ Anders, namelijk

Als patiënt van onze praktijk kunt u gebruik maken van patiëntenportaal Mijngezondheid.net. U kunt hier een samenvatting van uw medisch dossier inzien. In deze samenvatting staan uw ziektes/problemen, uw actuele medicatie en uitslagen van onderzoeken die door de huisarts zijn aangevraagd. Wij verwijzen u naar onze website voor meer informatie over **MijnGezondheid.Net** (MGN).

- ☐ Ja, ik wil me aanmelden voor Mijngezondheid.net (alleen mogelijk vanaf 16 jaar of ouder)
☐ Nee, ik wil me niet aanmelden voor Mijngezondheid.net

Wij willen u hartelijk danken voor het invullen van dit formulier. **Wilt u een kopie van uw identiteitsbewijs en zorgpas bijvoegen? En vergeet niet uw medicatieoverzicht bij uw apotheek af te geven.**

U bent van harte uitgenodigd om een keer kennis te maken met de huisarts. Als u dit wenst, wilt u dan een afspraak maken via de assistente?