**AANMELDINGSFORMULIER NIEUWE PATIENTEN**

**Graag invullen en wilt u zo vriendelijk zijn uw legitimatiebewijs mee te nemen naar uw eerste consult.**

Geachte heer/mevrouw,

Van harte welkom in onze praktijk.

Om u in te kunnen schrijven, dient u onderstaande gegevens zo volledig mogelijk in te vullen. De inschrijving wordt definitief gemaakt na een akkoord van een van onze huisartsen en als u zich gelegitimeerd heeft op onze praktijk.

Uiteraard wordt deze informatie als vertrouwelijk behandeld. Het aanmeldingsformulier(en) kunt u **inleveren** bij de assistente of naar ons **e-mailen:** **Assistente@helendaal.nl**

**Tenslotte nog dit:**

* Geef aan uw vorige huisarts door dat u van huisarts bent gewisseld, anders kunnen wij uw dossier niet opvragen.
* Wilt u wijzigingen aan uw adres, telefoonnummer of e-mailadres zo spoedig mogelijk aan ons doorgeven?

Naam en voorletters: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Familienaam Klik of tik om tekst in te voeren.

(Indien gehuwd) ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Voornamen: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Roepnaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geboortedatum: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

BSN nr.: Klik of tik om tekst in te voeren.

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

ID nr.: Klik of tik om tekst in te voeren.

(Paspoort of rijbewijs) ----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Verzekering: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Polisnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Postcode: Klik of tik om tekst in te voeren. Woonplaats: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------- -------------------------------------------

Telefoonnr.: Klik of tik om tekst in te voeren. Mobiel: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------- -------------------------------------------

E-mailadres: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Contactpersoon: Klik of tik om tekst in te voeren. Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnr.:

(Indien gewenst) ---------------------------------------- -----------------------------------------

Vorige huisarts: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Telefoonnr.:

Adres: Klik of tik om tekst in te voeren. Klik of tik om tekst in te voeren.

 ----------------------------------------- ------------------------------------------

**WILT U AANGEVEN OF U AKKOORD GAAT MET HET UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGVENS TUSSEN HUISARTSEN EN HUISARTSENPOST TIJDENS AVOND- NACHT- EN WEEKENDDIENSTEN.**

Akkoord:

[ ] Ja

[ ] Nee

Bij kinderen graag toestemming van beide ouders (indien gezamenlijk gezag):

Ouder 1: Ouder 2:

 Klik of tik om tekst in te voeren. Klik of tik om tekst in te voeren.

Handtekening ------------------------------------------------- -------------------------------------------

**Toestemming van patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.**

**Gegevens uitwisselen met ziekenhuis in het kader van een behandeling?**

Akkoord:

[ ] Ja

[ ] Nee

**Mogen wij gegevens bij andere zorgverleners opvragen?**

[ ] Ja, altijd

[ ] Nee, nooit

[ ] Nee, tenzij:

Datum: Handtekening:

 Klik of tik om tekst in te voeren. Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------- -----------------------------------------

**Aanvullende informatie aanmeldingsformulier**

**Gezins-/Woonverband**

[ ] Alleenwonend

[ ] Samenwonend

[ ] Gehuwd

[ ] Gescheiden

[ ] Weduwe / weduwnaar

**Heeft u kinderen?**

**(Indien u wenst uw kinderen ook in te schrijven ontvangen wij graag per kind een apart formulier)**

[ ] Ja

[ ] Nee

Aantal & leeftijden: Klik of tik om tekst in te voeren.

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Werk**

[ ] Beroep: Klik of tik om tekst in te voeren.

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ] Ik ben werkloos

[ ] Ik ben arbeidsongeschikt

[ ] Ik studeer, studie: Klik of tik om tekst in te voeren.

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ] Gepensioneerd

**Bent u ooit geopereerd? / heeft u een chronische ziekte? / of zijn er andere belangrijke medische zaken uit het verleden?**

Klik of tik om tekst in te voeren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Klik of tik om tekst in te voeren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Klik of tik om tekst in te voeren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Klik of tik om tekst in te voeren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?**

[ ] Nee

[ ] Ja, specialisme: Klik of tik om tekst in te voeren. Ziekenhuis: Klik of tik om tekst in te voeren.

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Klik of tik om tekst in te voeren. Ziekenhuis Klik of tik om tekst in te voeren.

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Klik of tik om tekst in te voeren. Ziekenhuis: Klik of tik om tekst in te voeren.

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bent u ergens overgevoelig of allergisch voor (zoals antibiotica, jodium, pleisters):**

[ ] Nee

[ ] Ja, namelijk: Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Klik of tik om tekst in te voeren.

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Kreeg u bij uw vorige huisarts een griepvaccinatie?**

[ ] Ja

[ ] Nee

**Nieuwe apotheek**

Het Oudeland

De Klipper

[ ] [ ] Handtekening bij akkoord inschrijving

Klik of tik om tekst in te voeren.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------