# INSCHRIJFFORMULIER

**Persoonsgegevens** (per persoon 1 formulier invullen)

Familienaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meisjesnaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletters :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roepnaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Man/Vrouw :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Noordwijk

Email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnr thuis :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geheim ja/nee

Telefoonnr mobiel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nieuwe huisarts** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum inschrijving :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Woont er op hetzelfde adres als u een partner/gezinslid die al bij ons is ingeschreven?**

Indien ja:

Naam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam huisarts :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NB: als u bent gaan samenwonen met iemand, die al ingeschreven staat bij het Wantveld, is het handig om voor dezelfde huisarts te kiezen.

**Welke apotheek wilt u?** (zet een kruisje achter de apotheek die u kiest)

Duinrand apotheek :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek aan Zee :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hoe bent u verzekerd?** (doorkruisen wat niet van toepassing is)

Hoofdbetaler :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam verzekering :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en Plaats :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inschrijfnummer :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorige huisarts** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Woonplaats :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In te vullen door de centrumassistente:**

**Soort identiteitsbewijs:**

**Nummer:**

**MEDISCHE GEGEVENS** (omcirkel wat van toepassing is)

Heeft u ooit in een ziekenhuis gelegen? **ja/nee**

Indien ja: Wanneer: Waarvoor:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling van een specialist? **ja/nee**

Indien ja:

Waarvoor bent u onder behandeling? Naam specialist soort specialist \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen? **ja/nee**

Indien ja: Welke medicijnen? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u ergens allergisch voor? **ja/nee**

Indien ja: Waarvoor? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wat is uw beroep? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u kinderen? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In het kader van onze preventieve kwaliteitszorg, graag het volgende invullen, indien van toepassing:

Heeft u ooit een baarmoederhals uitstrijkje gehad? **ja/nee** : indien ja: Jaartal \_\_\_\_ Klasse\_\_\_

Heeft u ooit een griepvaccinatie gehad? **ja/nee** : medische indicatie: **ja/nee**

Ooit bevolkingsonderzoek voor borstkanker gehad: **ja/nee :** indien ja: Jaartal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is ooit het cholesterol gehalte bepaald? **ja/nee** : indien ja: waarde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is ooit de bloeddruk gemeten? **ja/nee :** indien ja: waarde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rookt u? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Gebruikt u alcohol? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Gebruikt u verdovende middelen? **ja/nee** : indien ja: hoeveel per dag: \_\_\_\_\_

Is uw milt verwijderd? **ja/nee**

Komen er in uw familie de volgende ziektes voor:

Hart- en vaatziekten **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Op welke leeftijd?\_\_\_\_\_

Suikerziekte **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Op welke leeftijd?\_\_\_\_\_

Verhoogde oogboldruk **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergie **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Longziekte **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kanker **ja/nee** : indien ja: bij wie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(long, borst, darm, prostaat, eierstok)

Andere ziektes in de familie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zijn er nog belangrijke gegevens niet aan de orde geweest? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Huisartsen Wantveld

# medisch dossier opvragen vorige huisarts

Naam vorige huisarts    :

Adres                          :

Postcode/Woonplaats    :

Bij ons zijn onlangs in de praktijk ingeschreven de volgende patiënt(en):

Dhr/Mevr                      :

Nieuw adres                 :

Postcode/Woonplaats    :

Telefoonnummer          :

Geboortedatum            :

Nieuwe huisarts            :

Datum van inschrijving :

Hierbij ga ik akkoord met het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

Handtekening                :

Door een verhuizing naar een andere woonplaats heb ik een nieuwe huisarts gekregen.

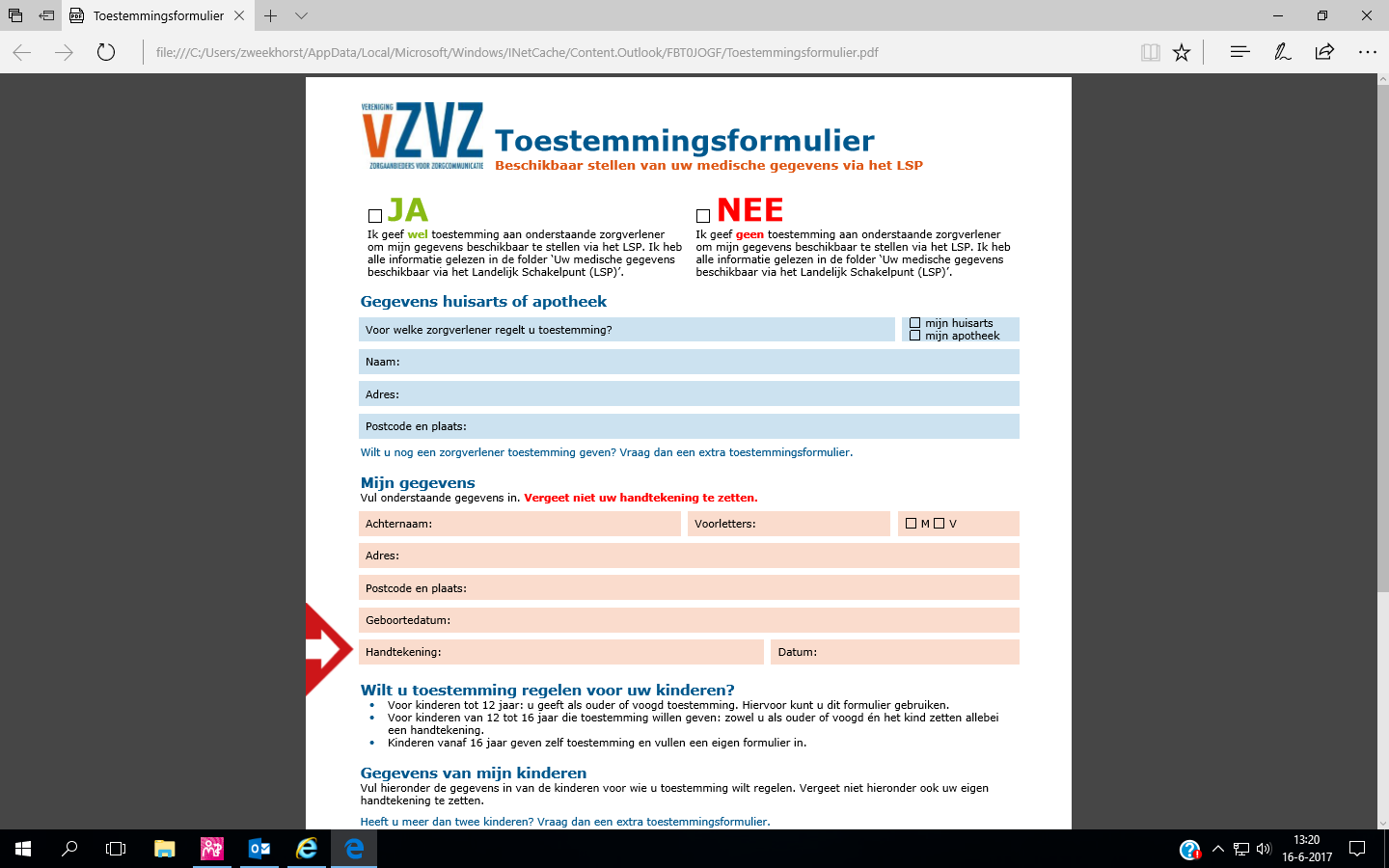
Bij deze verzoek ik u het medische dossier van mij/mijn gezin naar mijn nieuwe huisarts te sturen, bij voorkeur elektronisch via ZorgMail File Transfer.

Adresgegevens: Gezondheidscentrum Wantveld, Wantveld 9, 2202 NS Noordwijk.

Tevens willen wij u  vragen deze patiënt(en) uit te schrijven uit uw praktijk wegens de financiële administratie.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Gezondheidscentrum Wantveld



# Huisartsen Wantveld

# medisch dossier opvragen vorige huisarts

Naam vorige huisarts    :

Adres                          :

Postcode/Woonplaats    :

Bij ons zijn onlangs in de praktijk ingeschreven de volgende patiënt(en):

Dhr/Mevr                      :

Nieuw adres                 :

Postcode/Woonplaats    :

Telefoonnummer          :

Geboortedatum            :

Nieuwe huisarts            :

Datum van inschrijving :

Hierbij ga ik akkoord met het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.

Handtekening                :

Door een verhuizing naar een andere woonplaats heb ik een nieuwe huisarts gekregen.

Bij deze verzoek ik u het medische dossier van mij/mijn gezin naar mijn nieuwe huisarts te sturen, bij voorkeur elektronisch via ZorgMail File Transfer.

Adresgegevens: Gezondheidscentrum Wantveld, Wantveld 9, 2202 NS Noordwijk.

Tevens willen wij u  vragen deze patiënt(en) uit te schrijven uit uw praktijk wegens de financiële administratie.