**INSCHRIJFFORMULIER**

Huisartspraktijk Kotey

Heemraadssingel 183 b

3023 CB Rotterdam

Tel: 010-4765889

Email: [huisartspraktijkkotey@ezorg.nl](mailto:huisartspraktijkkotey@ezorg.nl)

Website: www.huisartspraktijkkotey.nl

Gaarne verzoeken wij u :

* Uit te schrijven bij vorige huisarts
* De betreffende medische gegevens opvragen bij vorige huisarts en deze naar ons laten opsturen.
* En te registreren op onze website voor de online diensten via [MijnGezondheid.net](https://home.mijngezondheid.net/) of MedGemak-app. (*e-consulten /online-herhaal recepten/beeldbellen en dossier inzage*)
* Bijgevoegd VZVZ-formulier in te vullen voor wel/niet toestemming inzage in uw dossier

**\*\* De inschrijving is pas rond als inschrijfformulier én dossier zijn ontvangen\*\***

NAAM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GESLACHT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VOORLETTERS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID / PASPOORT nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Graag **KOPIE LEVEREN**)

ADRES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
POSTCODE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_WOONPLAATS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL.VAST:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL. MOBIEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL ADRES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAAM ZORGVERZEKERAAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VERZEKERDEN NR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN(sofi-nummer)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UW NIEUWE APOTHEEK:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* **GEGEVENS VORIGE HUISARTS** ) \*\* (**verplicht invullen!)**

(Naam)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Adres)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Tel:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

(patiënt)

|  |  |
| --- | --- |
| Voor praktijk medewerker | |
| * WID * COV * MGN * ION | * Dossier * LSP * kennismaking |

**Medische voorgeschiedenis**

Huisartspraktijk Kotey

Heemraadssingel 183 b

3023 CB Rotterdam

Tel: 010-4765889

Email: [huisartspraktijkkotey@ezorg.nl](mailto:huisartspraktijkkotey@ezorg.nl)

Website: www.huisartspraktijkkotey.nl

Geachte patiënt,

Om een kort beeld te krijgen van uw medische voorgeschiedenis, de volgende vragen:

Wat is uw burgerlijke stand?............................................................................................

Heeft u kinderen?..............................................................................................................

Heeft u ooit klachten (gehad) van:

* *Suikerziekte ( Diabetes Mellitus)*
* *Longziekten (astma, chronische bronchitis, COPD, TBC)*
* *verhoogde bloeddruk*
* *Hart en vaatziekten*
* *Depressieve klachten en/of angsten*
* *Eetstoornissen*
* *Lever en darmklachten*
* *Aanhoudende gewrichtsklachten*
* *Schildklier aandoeningen*
* *Andere ernstige ziekten, namelijk………………………………………………………………*

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

Gebruikt u geneesmiddelen? zo ja, welke?...................................................................................

Bent u allergisch? Zo ja, waarvoor? …………………………………………………………….

Heeft u het afgelopen jaar een griepprik gehad?...........................................................................

Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie ondergaan? Zo ja, wat voor?

…………………………………………………………………………………………………...

Rookt u? zo ja, hoeveel?..........................................................................................................

Drinkt u? zo ja, hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag?...................................................

Gebruikt u drugs?...............................................................................................................

Welke ziekten komen in uw familie voor en bij wie?

* *Suikerziekte………………………………………………*
* *Hart en vaatziekten………………………………………*
* *Hersenbloeding/beroerte………………………………*
* *Astma / COPD………………………………………*
* *Psychische ziekten*…………………………………
* *Kanker, zo ja, welk vorm?* …………………………

****

**TOESTEMMINGSFORMULIER**

**ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JA**  Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ en/of de folder ‘Beter geholpen met goede informatie’ van VZVZ is aangegeven. | **NEE**  Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ en/of de folder ‘Beter geholpen met goede informatie’ van VZVZ is aangegeven. | |
|  | | |
| **GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:** | | |
| NAAM: **Huisartspraktijk Kotey** | | Apotheek  **Huisarts** |
| ADRES: Heemraadssingel 183 B | | |
| POSTCODE EN PLAATS: 3023 CB Rotterdam | | |

**MIJN GEGEVENS**

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACHTERNAAM: | | VOORLETTERS: | M  V |
| ADRES: | | | |
| POSTCODE EN PLAATS: | | | |
| GEBOORTEDATUM: | | | |
| DATUM: | HANDTEKENING: | | |

**WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?**

* Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
* Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

**GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)**

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Handtekening kind: | |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:  GEBOORTEDATUM: | M  V |  | |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:  GEBOORTEDATUM: | M  V |  | |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:  GEBOORTEDATUM: | M  V |  | |
| VOOR- EN ACHTERNAAM:  GEBOORTEDATUM: | M  V |  | |
| HANDTEKENING OUDER/VOOGD: | | |

**Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.**