**VERKLARING INSCHRIJVING BIJ HUISARTS**

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

Voorletters \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Geboorteplaats/land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thuis nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobiel nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nr. Wettelijk ident.doc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soort identiteitsbewijs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Huisnummer+toevoeging: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon nr. in noodsituatie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verklaart hierbij dat hij/zij per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ als patiënt staat ingeschreven bij:

Nieuwe huisarts:

*Huisartsen Vrolikstraat*

*C. Wicke / V.S.G. Huiskes*

*Vrolikstraat 191-E*

*1091 TW Amsterdam*

*T 020-693 85 77 - F 020-665 64 89*

*AGB-code praktijk: 01054593*

Gegevens oude huisarts:

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

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

Tel. nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De oude huisarts wordt verzocht de patiënt uit te schrijven en het elektronische dossier naar *Huisartsen Vrolikstraat*  te sturen. Dit kan via Zorgmail Filetransfer (of direct, als de oude huisarts met Promedico-ASP werkt).

Plaats:

Datum:

Handtekening:

**MEDISCHE GEGEVENS**

Wij vragen uw dossier op bij uw vorige huisarts. Graag ook onderstaande vragen beantwoorden:

Ziektegeschiedenis:

Heeft u op dit moment of in het verleden belangrijke ziekten doorgemaakt of operaties ondergaan? Geef a.u.b. aan: welke ziekte, behandelend arts/ziekenhuis, periode/jaartal

Gebruikt u medicijnen? Geef a.u.b. aan welke, sterkte en hoe vaak uw de medicatie gebruikt.

Komen er in uw naaste familie ziekten voor? Zo ja, welke? (Bijvoorbeeld, hoge bloeddruk, Hart- en vaatziekten, kanker, diabetes, beroerte, astma)

Rookt u?

Nee

Ja, namelijk: sigaretten/sigaren per dag

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja, namelijk glazen \_ \_ \_ \_ per dag/week

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, namelijk:

Heeft u een allergie? (bijvoorbeeld voor medicatie, hooikoorts)

Mogen wij uw patiëntgegevens beschikbaar stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via de infrastructuur voor zorgcommunicatie (LSP)? Omcirkelen wat van toepassing is:

Ja/Nee