VERKLARING INSCHRIJVING BIJ HUISARTS = **Registrierung als Patient(in)**

Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Initialen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsort und -land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: Weiblich () Männlich ()

Personenstand: Alleinstehend () In einer Beziehung () Verheiratet () Geschieden ()

Festnetznummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobile nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN-Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausweistyp: Personalausweis () Reisepass () Führerschein ()

Postleitzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausnummer + Zusatz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gemeinde + Land: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenversicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnr. bei Notfällen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

Seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*heutiges Datum*) bin ich Patient(in) bei:

Nieuwe huisarts = **mein neuer Hausarzt**:

*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 = **mein voriger Hausarzt**:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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) = **Ich bitte meinen vorigen Hausarzt, mich als Patient auszuschreiben und meine Krankenakte an meinen neuen Hausarzt zu übertragen.**

Ort + Datum: Unterschrift:

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

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrer Gesundheit** *(bitte beantworten Sie alle Fragen)*

Haben/hatten Sie zur Zeit oder in der Vergangenheit (chronische) Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, oder sind bei Ihnen Operationen ausgeführt worden? Bitte geben Sie auch an, wann eine Diagnose gestellt worden ist.

Benutzen Sie Medikamente? Bitte notieren Sie das Medikament und Ihre Dosierung.

Kommen in Ihrer Familie chronische Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma/COPD oder Herz- und Gefässkrankheiten) oder Herzinfarkt / Schlaganfall / Krebs vor? Bitten notieren Sie auch, bei welchem Familienmitglied die Erkrankung aufgetreten ist.

Rauchen Sie Zigaretten?

Nein () Ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

Nein () Ja: ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Gläser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Typ alk. Getränk) pro Woche

Benutzen Sie Drogen?

Nein () Ja, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergieen oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente?

Geben Sie uns Ihre Zustimmung, wichtige Daten (Diagnosen, Medikamente, Allergieen) aus Ihrem Dossier in einer geschützten Umgebung (infrastructuur voor zorgcommunicatie: LSP) anderen Ärzten und Apothekern zur Verfügung zu stellen, um optimale Versorgung z.B. in Notfällen zu gewährleisten?

Für mehr Informationen: www.vzvz.nl

Ja () Nein ()