

Contre Escarpe 2
5371CK Ravenstein
Tel. 0486-411530



DOKTERSHUIS RAVENSTEIN

Inschrijfformulier *(personen vanaf 16 jaar een eigen formulier invullen)*

Voorletters en achternaam:

Eigen naam/meisjesnaam:

Geboortedatum: Roepnaam (indien gewenst te gebruiken):

Geslacht: man / vrouw / X * Geboorteland:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Mobiel: Vaste telefoon:

E-mailadres:

Identiteitsbewijs: Paspoort / Rijbewijs / Identiteitskaart*

Nummer ID bewijs: (let op hoofdletters a.u.b.)

Burgerlijke staat: Gehuwd / Ongehuwd / Samenwonend / Gescheiden / Weduwe / Weduwnaar*

Beroep:

Polisnummer zorgverzekering: Zorgverzekeraar:

Burger Servicenummer:

Vorige Huisarts:

Naam:.....

Adres:

Postcode:..... Woonplaats:

Nieuwe Apotheek:

** doorhalen wat niet van toepassing is*

Heeft u kinderen:

- nee
- ja, uitwonend
- ja, thuiswonend (hieronder de gegevens graag invullen)

Roepnaam:..... Geslacht: M/V/X*
Voorletters en Achternaam:
Geboortedatum: BSN-nummer:
Polisnummer: Zorgverzekeraar:
Nummer ID bewijs (let op hoofdletters a.u.b.):..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V/X*
Voorletters en Achternaam:
Geboortedatum: BSN-nummer:
Polisnummer: Zorgverzekeraar:
Nummer ID bewijs (let op hoofdletters a.u.b.):..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V/X*
Voorletters en Achternaam:
Geboortedatum: BSN-nummer:
Polisnummer: Zorgverzekeraar:
Nummer ID bewijs (let op hoofdletters a.u.b.):..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart*

Roepnaam:..... Geslacht: M/V/X*
Voorletters en Achternaam:
Geboortedatum: BSN-nummer:
Polisnummer: Zorgverzekeraar:
Nummer ID bewijs (let op hoofdletters a.u.b.):..... Identiteitsbewijs: Paspoort / ID-kaart*

Hierbij verklaar ik, dat ik tot wederopzegging ingeschreven sta bij huisartsenpraktijk Doktershuis Ravenstein te Ravenstein, van S.R. Keulers, huisarts (BIG 99912037801) & T. Olde Riekerink, huisarts (BIG 89913739501).

Door ondertekening geef ik toestemming om mijn gegevens van naam, adres, woonplaats, telefoonnummer, email-adres en verzekeringsgegevens te delen met de apotheek van mijn inschrijving.

Door ondertekening geef ik toestemming aan Doktershuis Ravenstein om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen en ga ik ermee akkoord dat dit door de vorige huisarts per post of digitaal wordt toegestuurd.

Datum inschrijving: Plaats:

Handtekening:

PORTAAL

Wij maken gebruik van een Portaal. Dit is een online omgeving die u via de website of app van Uw Zorg Online kunt bereiken. Via het Portaal kunt u uw dossier inzien, recepten herhalen en digitaal een vraag stellen aan de huisarts.

Indien u hiervan gebruik wil maken, kunnen wij u een uitnodiging toesturen om een account aan te maken. Deze uitnodiging sturen wij dan naar het e-mailadres dat u op het voorblad heeft ingevuld. U kunt altijd op een later tijdstip zelf een aanmelding hiervoor doen. Lees voor meer informatie verder op www.doktershuisravenstein.nl

Wil u een uitnodiging voor het Portaal: ja / nee

** doorhalen wat niet van toepassing is*



Vragenlijst nieuwe patiënten

Geachte mevrouw/meneer,

Deze vragenlijst is bedoeld om ons meer informatie te geven over uw gezondheid. U bent natuurlijk niet verplicht om iets in te vullen, maar wij zouden het zeer op prijs stellen.

Deze lijst wordt, zo nodig, bewaard bij uw medische gegevens en strikt vertrouwelijk behandeld. Bij een ziekte in de toekomst kunnen deze vragen ons helpen u beter te adviseren. Wij kunnen u mogelijk wijzen op risicofactoren voor uw gezondheid, door het werk dat u doet of door andere omstandigheden.

U kunt, als u dat wilt, de antwoorden met ons op het spreekuur doorspreken.

ALGEMENE GEZONDHEIDSINFORMATIE

Gebruikt u medicijnen die u niet op recept hebt gekregen? ja / nee

Zo ja, welke?

.....
.....
Heeft u bij het donorregister toestemming gegeven om uw organen en weefsels na uw overlijden beschikbaar te stellen voor donatie? ja / nee

Rookt u? ja / nee

Zo ja, wat en hoeveel?

FAMILIE

Omdat sommige ziektes erfelijk zijn of in bepaalde families vaker voorkomen, is het ook van belang iets over uw familie te weten. Hebben familieleden, aangetrouwde buiten beschouwing gelaten, onderstaande ziektes gehad? Graag in onderstaande tabel invullen om welk familielid het gaat.

	Grootouders	Ouders	Broers/Zussen	Kinderen
Bronchitis/Astma				
Hart- en vaatziekten				
Suikerziekte				

Komen er in uw familie *andere* ziektes veel voor of kent u een erfelijke ziekte binnen uw familie? ja / nee

Zo ja, welke?

VROEGERE ZIEKTEN

Zijn er ziektes in uw verleden die van belang zijn om te bespreken die *niet* bekend zijn bij uw vorige huisarts?

Zo ja, graag een toelichting:
.....

HUIDIGE ZIEKTEN

Was u bij uw vorige huisarts onder controle bij een praktijkondersteuner? ja / nee

Zo ja, dit was in verband met suiker / hoge bloeddruk / COPD / astma / mentale klachten *

* doorhalen wat niet van toepassing is



Toestemmingsformulier uitwisselen gegevens LSP

Datum:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Handtekening:

Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP.

Nee, ik ga niet akkoord.

Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij. De kinderen waarvoor ik toestemming verleen zijn:

Naam: Geboortedatum:

Naam: Geboortedatum:

Naam: Geboortedatum:

Naam: Geboortedatum:

Naam: Geboortedatum:

Voor kinderen tot 12 jaar kunt u als ouder/verzorger toestemming geven. Kinderen van 12 tot 16 jaar moeten ook zelf toestemming geven. Dit kan door hen een paraaf achter hun naam op dit formulier te laten zetten. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in. Zij hebben uw toestemming niet nodig.

