

INSCHRIJFVERKLARING



Huisartsenpraktijk Willemsen
Johan Jongkindrade 10
2908 CD Capelle aan den IJssel
(T) 010 – 450 77 12

Ondergetekende,

Naam _____

Geboortedatum _____

BSN nummer _____

Naam huisgenoten	Geboortedatum	BSN nummer

Verklaart sinds _____ als patiënt ingeschreven te staan bij:

Huisartsenpraktijk Willemsen
Johan Jongkindrade 10
2908 CD Capelle aan den IJssel
Fax: 010 – 450 98 61

En verzoekt hierbij:

Naam vorige huisarts	
Adres	
Postcode en Woonplaats	
Telefoon	
Fax	

hem/haar (en eventueel familieleden) uit te schrijven uit zijn/haar praktijk en het medisch dossier op te sturen, indien mogelijk elektronisch (wij werken met Medicom).

Handtekening

Datum

.....

.....

Graag willen wij van u een aantal dingen weten.

Wilt u het inschrijfformulier invullen en **persoonlijk** afleveren bij de praktijk, voorzien van een kopie van uw verzekeringspas en paspoort, ID-kaart of rijbewijs (denk ook aan de achterkant) van alle personen die ingeschreven moet . Ingestuurde formulieren kunnen wij helaas niet in behandeling nemen.

Wilt u uw oude huisarts melden dat u nu ingeschreven bent bij ons?

Na ontvangst van het ingevulde inschrijfformulier wordt er zo spoedig mogelijk een dossier voor uw (en uw gezinsleden) gemaakt en melden wij bij uw zorgverzekeraar de inschrijving. Daarmee wordt een bericht met een link naar uw oude huisarts gestuurd, zodat deze uw dossier digitaal kan verzenden. Uw oude huisarts moet daarom door u op de hoogte zijn gebracht.

Wij declareren de kosten voor de medische zorg volgens door het NZA vastgestelde tarieven rechtstreeks aan uw zorgverzekeraar. De verzekeraar verrekent met u het eventuele eigen risico. Voor kosten die wij niet bij uw zorgverzekeraar kunnen innen krijgt u een rekening.

Als uw huishouden uit meer dan één persoon bestaat, graag voor ieder persoon een apart formulier invullen.

INSCHRIJFFORMULIER VOLWASSENEN (≥ 18 jaar)

Naam	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon thuis	
Geslacht	M / V
Geboortedatum	
Voorletters + voornaam	
Meisjesnaam	
BSN nummer	
Zorgverzekeraar + UZOVI nr.	
Polisnummer	
Apotheek	Spoorlaan / Schollevaar / Overige:
E-mailadres	
Mobiele telefoon	
Nationaliteit	
Geloof	
Studierichting / beroep	
Burgerlijke staat	Alleenwonend / Samenwonend / Gehuwd / Gescheiden / Weduwnaar
Vorige huisarts	
Donorcodicil	Nee / Ja
Euthanasieverklaring	Nee / Ja, sinds:
Reanimatieverklaring	Nee / Ja
Toestemming uitwisseling elektronisch medische gegevens	Nee / Ja

1. Bent u bekend met één of meer chronische aandoeningen en zo ja, sinds wanneer?
- Suikerziekte
 - Longziekten, namelijk Astma / COPD of anders.....
 - Hoge bloeddruk
 - Hoge cholesterol
 - Hart- en vaatziekten, namelijk
 - Psychische ziekten, namelijk
 - Lever- en darmproblemen, namelijk
 - Aanhoudende gewrichtsklachten
 - Geslachtziekten, namelijk
 - Nierziekten
 - Schildklierziekten
 - Andere ziekten, namelijk

2. Welke ziekten komen er in de familie voor en bij wie (vader/moeder/broer/zus/opa of oma van vader of moeders kant)? SVP omcirkelen indien van toepassing.

Hart- en vaatziekte

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Mammacarcinoom / borstkanker

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Eierstokkanker

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Darmkanker

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Suikerziekte

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Hoog Cholesterol

bij: vader / moeder / broer / zus / opa of oma van vaderszijde / opa of oma van moederszijde

Des-gebruik moeder

7. Als er dingen zijn waarvan u denkt dat ze voor uw huisarts van belang zijn te weten, kunt u dat hier vermelden

.....

.....

.....

.....

.....

.....