

Inschrijfformulier Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hallum

Inschrijven

In onze huisartsenpraktijk willen wij u graag optimale medische en farmaceutische zorg bieden. Daarvoor hebben wij een aantal gegevens nodig. Wij verzoeken u het inschrijfformulier zo volledig mogelijk in te vullen en persoonlijk langs te brengen bij ons op de praktijk. Indien u meerdere gezinsleden wilt inschrijven, dient u per persoon een inschrijfformulier in te vullen.

Identificatie

Ontvangt u medische zorg, dan moet u zich kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of rijbewijs). Dit heet de identificatieplicht in de zorg. Als zorgverlener moeten wij kunnen aantonen dat aan de identificatieplicht is voldaan. Daarom leggen wij de soort en het nummer van uw identiteitsbewijs vast in de administratie. Wij verzoeken u daarom bij inlevering van het inschrijfformulier voor al uw gezinsleden een **geldig legitimatiebewijs** mee te nemen. Voor kinderen tot 12 jaar kunnen ouders de identificatie regelen. Heeft u kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar, dan verzoeken wij u samen te komen tijdens uw bezoek aan de praktijk. Kinderen van 16 jaar en ouder dienen zelf te komen om zich te identificeren.

Voor een volledige inschrijving is het belangrijk dat wij zo spoedig mogelijk na de ontvangst van dit formulier het dossier van uw oude huisarts en apotheek ontvangen. Wilt u zelf contact opnemen met uw oude huisarts en apotheek zodat zij met uw toestemming het dossier naar ons kunnen verzenden? *Hartelijk dank hiervoor.*

Persoonsgegevens

Achternaam: *	
Meisjesnaam:	
Voorletters:*	
Roepnaam:	
Geboortedatum:*	
Geslacht:*	
Beroep:	
Burgerlijke staat:	

Adresgegevens

Straatnaam: *	
Huisnummer:*	
Postcode:*	
Woonplaats:*	
Telefoonnummer:*	
Mobiel nummer:	
Emailadres:*	

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer

Naam zorgverzekeraar:	
Verzekering begindatum:	
Polisnummer:	
BurgerServiceNummer:*	

Gegevens vorige huisarts (evt. huisarts op uw andere woonadres)

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts: *	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer	
Emailadres:	

Gegevens vorige apotheek (evt. apotheek op uw andere woonadres)

Voor toestemming: zie onderaan de pagina

Ik geef toestemming voor het opvragen van mijn medicatiegegevens bij mijn vorige apotheek: *	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee	
Naam:	
Adres:	
Plaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

Medische gegevens

Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen?  (Bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex)

nee

ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel en/of hulpstof

Bijwerking

<i>Geneesmiddel en/of hulpstof</i>	<i>Bijwerking</i>

Gebruikt u medicijnen?  (U kunt ook een recent medicatieoverzicht van uw apotheek nasturen)

nee


ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam geneesmiddel

Hoeveel mg


Gebruik per dag of per week

<i>Naam geneesmiddel</i>	<i>Hoeveel mg</i>	<i>Gebruik per dag of per week</i>

Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen? Denk hierbij aan middelen die u zelf koopt bij de apotheek of drogist?  (Zoals pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)

nee

ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?  (Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen)

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welk geneesmiddel geeft problemen?

Welk probleem heeft u?

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?  (Bijvoorbeeld weekdoos, baxterzakjes)

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

--

Komen de volgende ziekten bij u zelf of in uw familie (bij personen jonger dan 60 jaar) voor?

	Bij u zelf	in uw familie
Suikerziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Hart/vaatziekten	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoge bloeddruk	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hoog cholesterol	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-beroerte (CVA of TIA)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-hartproblemen	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
-vaatproblemen (etalagebenen)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Nierziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Astma of COPD	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Eczeem, hooikoorts, allergie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Maag-darmziekte	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Darmkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Borstkanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere vorm van kanker	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Andere ziekten die van belang kunnen zijn	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja

Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoeningen voor?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam erfelijke ziekte/aandoening

Krijgt u een griepvaccinatie?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarom?

--

Bent u onder behandeling van een specialist?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Naam van specialist

Naam van ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Waarvoor geopereerd?

Wanneer geopereerd?

Heeft u ooit een ernstig ongeval gehad?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wanneer gebeurde het ongeval?

Wat voor ongeval precies?

Eventueel blijvende gevolgen?

--	--	--

Bent u zwanger of recent zwanger geweest?

- nee
- ja

Geeft u borstvoeding?

- nee
- ja

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welk onderwerp?

--

Leefstijl

Rookt u?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat rookt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u alcohol?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Wat drinkt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

Gebruikt u drugs?

- nee
- ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Welke drugs gebruikt u?

Hoeveel per dag/week?

--	--

TOESTEMMING

Het uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners is van groot belang om een goede behandeling te kunnen geven, bijvoorbeeld in acute situaties. Deze gegevensuitwisseling vindt echter niet plaats zonder dat u daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. U kunt uw toestemming op dit formulier aangeven of u kunt dit online regelen via: www.ikgeeftoestemming.nl

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn/haar handtekening zetten. Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven.

Akkoord digitaal delen medische gegevens met andere zorgverleners via het Landelijk Schakelpunt*:

0 ja

0 nee

0 toestemming ouder/voogd indien van toepassing

* deze velden zijn verplicht om in te vullen

Ondertekening

Naam inschrijver

Naam ouder/voogd

(alleen van toepassing indien inschrijver 15 of jonger

.....

.....

Handtekening inschrijver

(alleen van toepassing indien
12 jaar of ouder)

Handtekening ouder/voogd

(alleen van toepassing indien inschrijver 15 of jonger)

.....

.....

Overige toestemmingen

Medicijnkluisjes

In onze apotheekhoudende huisartsenpraktijk hebben we medicijnkluisjes voor herhaalmedicatie. Dit kan niet voor koelkastproducten of medicatie die niet vergoed wordt (tenzij een automatische incasso is afgegeven).

Indien u gebruik wilt maken van de mogelijkheid om medicatie in de medicijnkluisjes af te halen, vul dan het volgende in

Ja, ik wil graag gebruik maken van de 24-uurs afhaalservice van de apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hallum

Dhr. Mevr.

Voor- en achternaam:

Geboortedatum:-.....-.....

Telefoon (bij voorkeur 06-nummer):

E-mailadres:

Automatische incasso

De automatische incasso is bedoeld voor medicijnen die niet vergoed worden en die bezorgd worden of die u graag in het kluisje wilt ophalen. Dit kan als u een automatische incasso afgeeft waarmee we maandelijks de openstaande factuur kan incasseren. U ontvangt aan het begin van de volgende maand dan de factuur per beveiligde mail of op papier thuis. Daarop kunt u zien welk bedrag en voor welke medicijnen rond de 21ste van de maand zal worden afgeschreven.

- Ja, ik wil gebruik maken van de automatische incasso
- Nee niet van toepassing (dan hoeft het formulier hieronder ook niet ingevuld te worden)

Naam incassant: Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hallum
Adres incassant: Rondweg 29, 9074 AP Hallum
Land incassant: Nederland
Incassant ID: NL04ZZZ661421050000
Kenmerk machtiging: _____ (dit is uw debiteurnummer, dat vullen wij voor u in)

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan:

- ✓ Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hallum om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en
- ✓ Uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van de apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hallum

Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam en voorletters:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Land:

IBAN (rekeningnummer):

Ternaamstelling rekening:

Emailadres:

Mobiel nummer:

(wanneer u een emailadres en 06 nummer hebt en doorgeeft ontvangt u de facturen die geïncasseerd worden digitaal in plaats van op papier). Dit mag ook naar bijvoorbeeld een familielid die de financiën regelt, noteer dan zijn/haar emailadres en mobiel nummer.

Plaats :

Datum:

Handtekening: