

**Inschrijvingsformulieren**

De inschrijving bestaat uit meerdere formulieren. Wilt u deze voor iedere persoon invullen?

U kunt de formulieren opsturen naar of afgeven bij de centrumassistentes van het gezondheidscentrum van uw keuze.

Hieronder kunt u uw keuze aankruisen.

**Locaties:**

o Gezondheidscentrum Boomstede, Boomstede 204, 3608AK Maarssen

o Gezondheidscentrum Spechtenkamp, Spechtenkamp 233a, 3607 KN

 Maarssen

Wij heten u van harte welkom bij één van onze centra!

|  |  |
| --- | --- |
| Geslacht  | Man / vrouw   |
| Geboortedatum  |    |
| Naam/ Voorletters  |     |
| Achternaam/ Meisjesnaam  |     |
| Burgerservicenummer  |    |
| Paspoort of ID of rijbewijsnummer  |    |
| Adres Postcode  |     |
| Woonplaats  |    |
| Telefoon nummer  |    |
| Mobiel nummer  |    |
| E-mailadres  |    |
| Zorgverzekering maatschappij Polisnummer  |     |
| Apotheek  |    |
| Huisarts  |    |
| Datum van inschrijving  |    |
| Handtekening  |     |

# Inschrijfformulier/ verklaring op naam

Mogen wij uw gegevens delen via het LSP? Ja/ nee

Wilt u een kennismakingsgesprek met de nieuwe huisarts? Ja/ nee

**Vraag uw vorige huisarts uw medische gegevens aan ons te verzenden.**

# Medische vragenlijst

1. Heeft u de afgelopen jaren vaccinaties gehad? (b.v. tetanus, hepatitis, DTP, griep)

 Welke: Datum:

1. Heeft u wel eens een groot ongeluk gehad of een operatie ondergaan?

 Welke: Datum:

1. Rookt u? Hoeveel per dag?

1. Gebruikt u alcohol of drugs? Hoeveel per dag?

1. Heeft u ooit klachten gehad van, of lijdt u aan:
	* Suikerziekte
	* Longziekten (astma, chronische bronchitis COPD e.d.) o Hoge bloeddruk o Hart- en vaatziekten
	* Chronische ziekte of erfelijke aandoening
	* Psychische klachten

1. Bent op dit ogenblik onder behandeling van een specialist?

Welke:

1. Gebruikt u medicijnen? (ook bedoeld worden medicijnen die u regelmatig zelf koopt)

 Zo ja Welke:

1. Bent u ergens allergisch of overgevoelig voor?

Waarvoor:

1. Heeft u in uw leven ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt waarvan u vindt dat uw huisarts dit moet weten?

Welke:

1. Bent u gescheiden en heeft u kinderen:

Wie heeft het gezag over de kinderen?



Toestemmingsformulier

|  |  |
| --- | --- |
| **JA**Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. | **NEE**Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’. |

**Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP**

# Gegevens huisarts of apotheek

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Voor welke zorgverlener regelt u toestemming? |  | mijn huisarts mijn apotheek |
|  |  |  |
| Naam: |  |  |
| Adres: |  |  |
| Postcode en plaats: |  |  |

Wilt u nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

# Mijn gegevens

****Vul onderstaande gegevens in. **Vergeet niet uw handtekening te zetten.**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: Voorletters: | M V |
|  |
| Adres: |
| Postcode en plaats: |
| Geboortedatum: |
| Handtekening: | Datum: |

#  Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

* Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
* Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

# Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

|  |  |
| --- | --- |
| Voor- en achternaam: | M V |
|  |  |
| Geboortedatum: |  |
|  |  |
| **JA NEE** | Handtekening kind: |

****

|  |  |
| --- | --- |
| Voor- en achternaam: | M V |
|  |  |
| Geboortedatum: |  |
|  |  |
| **JA NEE** | Handtekening kind: |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Handtekening ouder of voogd: |

**Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie u toestemming regelt.**