

**Inschrijfformulier nieuwe patiënt** ( volledig invullen a.u.b.)

Bij welke huisarts wilt u zich inschrijven:

- |  |              |  |           |  |           |
|--|--------------|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts Flower         | <b>FL</b>    | <input type="checkbox"/> Huisarts Van Dellen | <b>DC</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Jongmans | <b>JJ</b> |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Sluijmers/Liem | <b>UI/LM</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Koster     | <b>KF</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Bosman   | <b>ZN</b> |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Rommens        | <b>OM</b>    | <input type="checkbox"/> Huisarts Mulling    | <b>MU</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Eikelaar | <b>EI</b> |

*Dikgedrukte code voor overdragen dossier per Medicom.*

Bij welke apotheek haalt u de door de huisarts voorgeschreven medicatie op:

- Service Apotheek Duiven, Burgemeester van Dorth tot Medlerstraat 3, 6921 AS Duiven.
- Apotheek de Linde, Eltensestraat 1, 6922 JA Duiven.

**Voor inschrijving vragen wij uw paspoort, rijbewijs of ID kaart mee te nemen.**

**In te vullen door de assistente:**

Soort ID bewijs (paspoort, rijbewijs, ID kaart)	
Documentnummer ID bewijs	
Gecontroleerd, paraaf assistente	

**Om uw medische gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen hebben wij onderstaande gegevens nodig, voorzien van uw handtekening. Hiermee geeft u toestemming.**

**Zonder uw toestemming/handtekening mogen en kunnen wij geen gegevens opvragen.**

Naam huidige/vorige huisarts \_\_\_\_\_

Woonplaats huidige/vorige Huisarts: \_\_\_\_\_

Naam : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_ Handtekening:

**Algemene gegevens**

Naam : \_\_\_\_\_

Voorletters : \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Tweeling: ja / nee

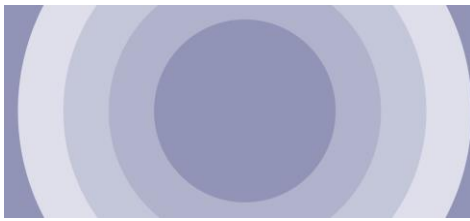
Burgerlijke staat : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel : \_\_\_\_\_ Telefoonnummer thuis: \_\_\_\_\_

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



### Verzekeringsgegevens

Naam verzekering: \_\_\_\_\_

Polisnummer : \_\_\_\_\_

BSN nummer : \_\_\_\_\_

Wie kan de huisarts benaderen in geval van nood?

Naam : \_\_\_\_\_ Telefoonnummer \_\_\_\_\_

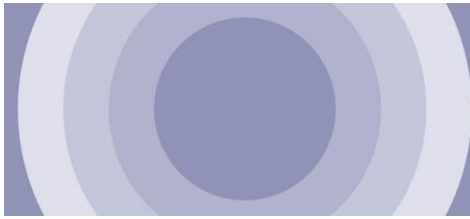
Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst zo compleet mogelijk in te vullen. Het is voor de huisarts van belang om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van uw gegevens. De door u ingevulde gegevens worden in uw dossier verwerkt.

Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien u voor één of meerdere ziektebeelden onder behandeling bent (of bent geweest) bij uw huisarts, praktijkondersteuner (verpleegkundige) en/of specialist.

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Longziekten: emfyseem/chronische bronchitis / longontsteking	<input type="checkbox"/>
Allergische aandoeningen: hooikoorts/ eczeem/ astma	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten/ hoog cholesterol	<input type="checkbox"/>
Maagzweer/ galstenen/ geelzucht/ andere lever/darmziekten	<input type="checkbox"/>
Nierziekten/ nierstenen/ blaasziekten	<input type="checkbox"/>
Struma/ schildklierafwijking	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede	<input type="checkbox"/>
Depressie/ overspannen/ angsten	<input type="checkbox"/>
Andere nl:	<input type="checkbox"/>
_____	
_____	

Wilt u in de rechterkolom aankruisen indien één of meerdere ziektebeelden binnen uw familie voorkom(t)en.  
(vader/moeder/broer/zus)

Suikerziekte	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>
Hart en vaatziekten	<input type="checkbox"/>
Beroerte of hersenbloeding	<input type="checkbox"/>
Astma, chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>
Eczeem, hooikoorts	<input type="checkbox"/>
Nierziekten	<input type="checkbox"/>
Psychische ziekten	<input type="checkbox"/>
Kanker, welk vorm	<input type="checkbox"/>
Geen	<input type="checkbox"/>



**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?**

0 Nee

0 Ja, voor \_\_\_\_\_

**Medicatie gebruik**

Indien u een medicatieoverzicht of een medisch paspoort in u bezit heeft, wilt u hiervan een kopie bijvoegen.

1	Naam medicatie	Sterkte	Dosering
2			
3			
4			
5			
6			

**Heeft u ooit bijwerkingen gehad van een bepaald medicijn?**

0 Nee

0 Ja, namelijk \_\_\_\_\_

**Heeft u het afgelopen jaar de griepvaccinatie gehad? Ja/nee**

**Wilt u iets vermelden wat niet in de vragenlijst voorkomt, maar wat u wel van belang vindt om aan uw nieuwe huisarts te vermelden:**

---

---

---

---

Onze praktijk maakt gebruik van Mitz.

In Mitz kiest u zelf welke zorgaanbieders u toestemming geeft om uw medische gegevens beschikbaar te stellen. Uw andere zorgaanbieders kunnen deze gegevens dan opvragen als zij deze nodig hebben voor uw behandeling.

Waarom is toestemming geven belangrijk?

Zorgaanbieders zoals de apotheek of huisartsenpost, hebben soms uw medische gegevens nodig van onze praktijk. Zij kunnen u dan beter helpen. Wij mogen uw gegevens alleen elektronisch uitwisselen met een andere zorgaanbieder als u dat goedvindt. Dit heet toestemming.

Hoe werkt Mitz?

Ga naar [MijnMitz.nl](https://MijnMitz.nl). Op deze website staat uitgelegd hoe Mitz werkt. U kunt inloggen met DigiD en direct uw keuzes maken voor al uw zorgaanbieders. Deze worden veilig opgeslagen. Alleen uw keuzes staan in Mitz, uw medische gegevens niet. U kunt uw keuzes altijd aanpassen. Ze zijn direct geldig.

Heeft u vragen over toestemming geven of Mitz?

Bel dan naar Mitz: 088-506 08 00. Bereikbaar op werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur.