  **Verzoek tot inschrijving**

|  |  |
| --- | --- |
| Ondergetekende |  |
| Naam + geboortedatum |  |
| Straat + huisnr. |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Telefoonnummer (vast) |  |
| Mobiel telefoonnummer |  |
| Soort ID + nummer |  |
| BSN |  |
| E-mailadres |  |
| Apotheek | * De Hofbraak
* De Waag
 |

meldt zich met ingang van **……………………………(datum)** aan als nieuwe patiënt in praktijk L. Kleissen en L.M.H. Terlunen**.**

Ondergetekende geeft hierbij toestemming het medisch dossier bij de vorige huisarts op te vragen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorige huisarts** |  |
| Adres |  |
| Telefoonnummer |  |

**Plaats Datum**

**Handtekening**

**www.ikgeeftoestemming.nl**

Ik geef **WEL / GEEN** toestemming aan onderstaande zorgverleners om mijn gegevens opvraagbaar te maken via het Landelijk Schakel Punt.

* Huisarts handtekening:
* Apotheek handtekening:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ik geef **WEL / GEEN** toestemming voor het uitwisselen van noodzakelijke laboratoriumuitslagen tussen laboratorium en apotheken Haaksbergen.

Handtekening:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ik meld mij **WEL / NIET** aan voor Mijn Gezondheids Net (MGN)

Handtekening:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ik verklaar hierbij bekend te zijn met de privacyverklaring conform de wet AVG 2018 te vinden op de website van de huisartsenpraktijk.

Handtekening:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Medische gegevens**

Bent u bekend met een **ALLERGIE** voor bijv. pleisters, jodium, medicatie? Zo ja, welke?

Bent u momenteel onder behandeling of staat u onder controle bij een **SPECIALIST**?

Naam specialist Ziekenhuis Waarvoor

Komen er in uw **FAMILIE** bepaalde ziekten voor? (bijv. suikerziekte, hartproblemen, kanker)

Rookt u?

Ja / Nee / In verleden gestopt, jaar? \*

**Sociale gegevens**

Beroep:

Bent u: alleenwonend / samenwonend / gehuwd / gescheiden / weduwe / weduwnaar\*

Indien niet alleenwonend: naam en geboortedatum partner:

Heeft u kinderen?

Naam Geboortedatum

Thuiswonend ja/nee\*

**Overig**

Zijn er andere zaken van belang waarvan uw nieuwe huisarts op de hoogte moet zijn?

De Wet Langdurige Zorg is er voor mensen die intensieve zorg of begeleiding nodig hebben.
Indien van toepassing: Is er door het Zorgkantoor (CIZ) een indicatie afgegeven? Zo ja, welk ZorgZwaartePakket?