

Aanmeldformulier

Datum:

Persoonlijke gegevens

Naam:

M/V

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

E-mail:

Verzekering/polisnummer:

BSN-nummer:

Apotheek

- Benu Apotheek Noord Veluwe, Hoofdstraat
- Apotheek Epe, Willem Tellstraat

Uw vorige huisarts:

Plaats:

Reden van uw aanmelding:

Gezins-/woonverband

- alleenwonend
- samenwonend met:
- gehuwd met:
- gescheiden sinds:
- weduwe/weduwnaar sinds:

Heeft u kinderen?

- nee
- ja, thuiswonend aantal:
- ja, uitwonend aantal:

Indien u gescheiden bent, hoe is de voogdij geregeld voor kinderen onder de 18 jaar?

Uw werksituatie

- ik heb werk als:
- ik ben werkloos sinds: mijn werk was:
- ik ben arbeidsongeschikt sinds: mijn werk was:
- ik studeer:

Gezondheid en aandoeningen

Heeft u klachten (gehad) van:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eetstoornis | <input type="checkbox"/> suikerziekte |
| <input type="checkbox"/> verslaving | <input type="checkbox"/> longziekten (astma, COPD) |
| <input type="checkbox"/> overspannen/ burn-out | <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> depressie/angsten | <input type="checkbox"/> hart- en/of vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> lever- of darmziekten | <input type="checkbox"/> chronische gewrichtsklachten |
| <input type="checkbox"/> schildklierziekten | <input type="checkbox"/> geslachtsziekten |
| <input type="checkbox"/> andere aandoeningen, namelijk.... | |

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- nee
- ja, specialisme: _____ in verband met:

Gebruikt u medicijnen?

- nee
- ja, te weten:

Heeft u in het verleden een operatie ondergaan?

- nee ja, te weten:

Bent u overgevoelig/allergisch voor:

- nee
- geneesmiddelen, te weten:
- bepaald eten/drinken/anders:

Komen bij u in de familie bepaalde ziekten of aandoeningen voor?

- nee ja, te weten:

Heeft u het afgelopen jaar de griepvaccinatie ontvangen?

- nee ja, reden:

Rookt u?

Nee / ja,/dag

Drinkt u alcohol?

Nee / ja,/dag

Gebruikt u drugs?

Nee / ja, te weten

Tot slot

Is er nog iets waarvan u het prettig vindt dat de huisarts ervan weet, of wat u met de huisarts wilt bespreken?

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM: Huisartspraktijk M Heemskerk-Maat

Apotheek
 Huisarts

ADRES: Willem Tellstraat 17E

POSTCODE EN PLAATS: 8162ET Epe

MIJN GEGEVENS

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

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

			Handtekening kind:
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
DATUM:		HANDTEKENING OUDER/VOOGD:	