# logoMCDInschrijfformulier Medisch Centrum Dorp

Middels dit formulier kunt u zich inschrijven bij de huisartsen van Medisch Centrum Dorp.

Wilt u alle gevraagde informatie invullen a.u.b. Ontbrekende informatie kan leiden tot het niet (correct) inschrijven.

We zullen ons uiterste best doen om u in te schrijven bij de praktijk van uw keuze.

Persoonsgegevens:

Achter- / meisjesnaam:

Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geslacht: [ ]  Man [ ]  Vrouw

Burgerlijke staat: [ ]  gehuwd [ ]  ongehuwd [ ]  samenwonend

Indien samenwonend, met:       geb. datum:

Adresgegevens:

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

E-mail:

Verzekeringsgegevens:

Naam zorgverzekeraar:

Verzekeringsnummer:

UZOVI-code:

BurgerServiceNummer:

 [ ]  Paspoortnummer:       [ ]  ID-kaartnummer: :

[ ]  Rijbewijsnummer:       [ ]  ander document :

Voorkeur huisartspraktijk\*: [ ]  Deijns/de Goede [ ]  v.d. Hoeven [ ]  Ossendrijver/Peucker

 \*(indien mogelijk akkoord)

Apotheek: [ ]  Medisch Centrum Dorp [ ]  Boots Oude Dorp [ ]  Boots Het Rond [ ]  …………….

Gegevens vorige huisarts:

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

**Toestemming van de patiënt voor het opvragen en uitwisselen van gegevens aan andere zorgverleners (LSP) met inachtneming van het medische beroepsgeheim.** **[ ]** Ja / [ ]  Nee

Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf toestemming geven. Voor kinderen vanaf 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd en het kind zelf toestemming moet geven of intrekken.

Voor meer informatie kijk op: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

**Bijlage medische gegevens**

Medicatie

Bent u overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo, ja voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen?

Wat zijn de bijwerkingen?

Gebruikt u medicijnen?\* [ ] Ja / [ ] NeeNaam geneesmiddel: Sterkte Gebruik

            [ ] mcg/ [ ] mg       x per dag

            [ ] mcg/ [ ] mg       x per dag

            [ ] mcg/ [ ] mg       x per dag

            [ ] mcg/ [ ] mg       x per dag

            [ ] mcg/ [ ] mg       x per dag

Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen?

(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid) [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, welke?

Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?[ ] Ja / [ ] Nee

Chronische ziekte

Heeft u een chronische ziekte of komt deze ziekte in uw familie voor?

 Bij u In uw familie

Suikerziekte [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Hart/vaatziekte [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Nierziekte [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Hoge bloeddruk [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Astma of COPD [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Epilepsie [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee

Andere ziekten [ ] Ja / [ ] Nee [ ] Ja / [ ] Nee Zo ja, welke

Was u bij uw vorige huisarts of praktijkondersteuner onder behandeling voor deze chronische ziekte?

[ ] Ja / [ ] Nee

Krijgt u een griepvaccinatie? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, waarom

Bent u onder behandeling van een specialist? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, bij wie / welk ziekenhuis

Bent u wel eens geopereerd? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, waaraan en wanneer?

Heeft u ooit een ongeval gehad? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, wanneer

Zijn er blijvende gevolgen?

Leefstijl

Rookt u? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, hoeveel sigaren/sigaretten per dag?

Gebruikt u alcohol? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, hoeveel consumpties per dag/per week?

Gebruikt u drugs? [ ] Ja / [ ] Nee

Zo ja, welke

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

Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:

**Hierbij schrijf ik mij in bij het Medisch Centrum Dorp.**

**Ik meld mij af bij mijn vorige huisarts en vraag hem/haar mijn gehele medische dossier door te sturen naar Medisch Centrum Dorp.**

Handtekening:            Datum:

Kijk voor alle aanvullende informatie en hoe u zich kunt aanmelden voor het online zorgportaal, op onze website:

