

datum ontvangst:	door:
datum gefaxt:	door:
aanmelding apotheek verstuurd:	door:
aanmelding JGZ (indien kinderen onder 4 jr):	door:
aanmelden ION:	door:

Inschrijfformulier gezondheidscentrum / apotheek

Graag per persoon van 16 jaar en ouder een apart formulier invullen. In de bijlage van dit inschrijfformulier kunt u de namen van de meeverhuizende kinderen t/m 15 jaar noteren.

Datum aanmelding: _____ Naam gezondheidscentrum/apotheek: _____

Voorletters: _____ Achternaam: _____ m / v

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer thuis: _____ Mobiel: _____

Email: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer (BSN): _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatie(klant)nummer: _____

Vorig woonadres: _____

Naam vorige huisarts: _____ Naam vorige apotheek: _____

Adres vorige huisarts: _____

Postcode en woonplaats: _____ Vestigingsplaats vorige apotheek: _____

Ondergetekende verklaart hierbij:

- dat hij / zij zich als patiënt inschrijft bij de huisartsenpraktijk van (naam huisarts) _____ code _____ en bij de apotheek van het gezondheidscentrum te Almere,
- indien uw vorige huisarts/apotheek in Almere gevestigd is: dat de medische en apotheekgegevens opgevraagd mogen worden bij de vorige huisarts/apotheek in Almere en opgenomen mogen worden in uw dossier bij uw nieuwe huisarts en apotheek,
- dat bij opname in het ziekenhuis gegevens doorgegeven mogen worden aan het ziekenhuis, waaronder medicatie- en andere medisch relevante gegevens.

Het is niet mogelijk bij meer dan 1 huisarts ingeschreven te staan. Het is daarom noodzakelijk dat u zich bij uw vorige huisarts laat uitschrijven. Bij overschrijven binnen Almere gaat dat automatisch, maar heeft u een huisarts buiten Almere dan schrijft u zich daar uit en vraagt u aan uw vorige huisarts om uw medische gegevens op te sturen naar uw nieuwe huisarts.

Geeft u toestemming aan uw nieuwe apotheek om uw gegevens op te vragen bij uw vorige apotheek buiten Almere? Ja / Nee

Indien u geen toestemming aan uw nieuwe apotheek geeft, meldt u zich dan bij de balie van de nieuwe apotheek om uw medicatiegegevens zelf te bespreken/af te geven.

Wanneer u dit getekende formulier persoonlijk afgeeft bij de receptie van uw nieuwe gezondheidscentrum, verzoeken wij u uw **VERZEKERINGSBEWIJS EN UW LEGITIMATIEBEWIJS** (rijbewijs, paspoort of identiteitskaart) mee te nemen. Indien u het formulier opstuurt aan het gezondheidscentrum, dient u bij uw eerste bezoek aan het gezondheidscentrum uw verzekeringsbewijs en uw legitimatiebewijs te tonen. Dat geldt ook voor de meeverhuizende kinderen t/m 15 jaar die u achterop het formulier heeft vermeld.

Indien u niet verzekerd bent, dient na ieder consult contant of per pin te worden afgerekend.

Handtekening _____ Datum _____

BIJLAGE Inschrijfformulier gezondheidscentrum / apotheek

Vul hier de gegevens in van meeverhuizende kinderen (t/m 15 jaar):

Inschrijven op adres:

Postcode en Woonplaats:

Kind 1

<i>Voorletters en roepnaam</i>	<i>m / v</i>	<i>Achternaam</i>	<i>Geboortedatum</i>
<i>Zorgverzekeraar</i>		<i>Relatie(klant)nummer</i>	<i>Burgerservicenummer</i>

Kind 2

<i>Voorletters en roepnaam</i>	<i>m / v</i>	<i>Achternaam</i>	<i>Geboortedatum</i>
<i>Zorgverzekeraar</i>		<i>Relatie(klant)nummer</i>	<i>Burgerservicenummer</i>

Kind 3

<i>Voorletters en roepnaam</i>	<i>m / v</i>	<i>Achternaam</i>	<i>Geboortedatum</i>
<i>Zorgverzekeraar</i>		<i>Relatie(klant)nummer</i>	<i>Burgerservicenummer</i>

Door ondertekening van de bijlage verklaart u dat de gegevens van de meeverhuizende kinderen juist en volledig zijn ingevuld.

Ouder/verzorger dhr en mw:

Handtekening

Datum

Indien kinderen jonger dan 4 jaar worden ingeschreven:

Door ondertekening verleent u tevens toestemming dat het jeugdgezondheidsdossier bij het vorige consultatiebureau wordt opgevraagd.

Naam vorig consultatiebureau:

Indien u van buiten Almere komt graag de gegevens van het vorige consultatiebureau invullen.

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer:

Informatieformulier voor uw nieuwe huisarts

Datum: _____ Naam gezondheidscentrum: _____

Voorletters: _____ Achternaam: _____ m / v _____

Geboortedatum: _____

Burgerlijke staat: Alleenwonend / gehuwd / samenwonend / gezin / gescheiden / weduwe / weduwnaar _____

Geboorteland: _____ Geboorteland ouders: _____

Beroep/opleiding: _____

Had u bij uw vorige huisarts contact met de praktijkondersteuner? _____ Ja / Nee _____

Zo ja, wat was de reden? _____

Algemene vragen:

- *Rookt u?* _____ ja / nee / gestopt
- *Drinkt u alcohol?* _____ ja / nee
Zo ja hoeveel eenheden per dag, week, maand? _____ eenheden per _____
- *Heeft u een donorcodicil?* _____ ja / nee
- *Heeft u een euthanasieverklaring?* _____ ja / nee

Heeft u:

- *een hoge bloeddruk* _____ ja / nee
- *een hart/ vaatziekte* _____ ja / nee
Zo ja welke? _____
- *Diabetes mellitus (suikerziekte)* _____ ja / nee
- *Astma en of COPD* _____ ja / nee
- *Andere ernstige ziekten hierboven niet genoemd?* _____ ja / nee
Zo ja welke? _____
- *Allergie/overgevoeligheid* _____ ja / nee
Zo ja waarvoor? _____
- *Bent u allergisch voor bepaalde geneesmiddelen?* _____ ja / nee
Zo ja voor welke? _____

Komen er bij uw ouders / broers / zusters onder de 60 jaar hart of vaatziekten voor? _____ ja / nee
Zo ja welke? _____

Heeft u voorkeur voor een mannelijke huisarts / vrouwelijke huisarts / geen voorkeur ()*
 (*) Wij kunnen de door u aangegeven voorkeur niet garanderen.

Wij bieden u de mogelijkheid tot een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts. Wilt u daar gebruik van maken?
 Kennismakingsgesprek: ja / nee

Is er nog iets waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet? Zo ja:
