|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| Achternaam: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Voorletters: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geboorteplaats: |  |
| Geslacht: |  M / V |
| Beroep: |  |
| Burgerlijke staat: |  |

|  |
| --- |
| **Adresgegevens** |
| Straatnaam + nr. |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer en/ of mobiel:  |  |
| E-mail:  |  |
| Woonverband | * Alleenwonend
* Gezin/Samenwonend
* Pleeggezin
* Begeleid wonen / instelling / gezinshuis
 |
| Evt.contactpersoon/ begeleider | * Naam:
* Telefoonnummer
 |
| **Geeft u toestemming voor het opvragen van medische gegevens bij de vorige huisarts en/of apotheek?** Ja nee (omcirkelen) Handtekening: ………………………………………………………………..Graag verwijzen wij u naar onze website [www.groepspraktijkstolwijk.praktijkinfo.nl](http://www.groepspraktijkstolwijk.praktijkinfo.nl) voor onze privacyverklaring. Hierin wordt beschreven hoe wij omgaan met uw medisch gegevens en wat uw rechten hierin zijn.  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens en BSN-nummer** |
| Naam zorgverzekeraar en verzekeringsnummer: |  |
| BurgerServiceNummer:  |  |
| **Gegevens vorige huisarts / huisarts op uw andere woonadres:** |
| Naam en adres: |  |
| Telefoonnr: |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige apotheek / apotheek op uw andere woonadres:** |
| Naam en adres |  |
| **VOEG EEN ACTUELE MEDICATIELIJST TOE VAN UW VORIGE APOTHEEK** |

|  |
| --- |
| **Gebruikt u zelfzorgmiddelen/ alternatieve middelen/ voedingssupplementen?**(denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)  |

|  |
| --- |
| **Heeft u problemen met het gebruik van een geneesmiddel?** Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oog druppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen? |
| Welk geneesmiddel geeft problemen? | Welk probleem heeft u?  |

|  |
| --- |
| **Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen?** |

|  |
| --- |
| **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/Hoge bloeddruk: | * + Ja
	+ Nee
 | * + Ja
	+ Nee
 |
| Nierziekte: | * + Ja
	+ Nee
 | * + Ja
	+ Nee
 |
| Astma of COPD: | * + Ja
	+ Nee
 | * + Ja
	+ Nee
 |
| Epilepsie: | * + Ja
	+ Nee
 | * + Ja
	+ Nee
 |
| Psychische ziekte | * + Ja
	+ Nee

Zo ja, welke:  | * + Ja
	+ Nee

Zo ja, welke:  |
| Andere ziekten: | Bij u: | In uw familie: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komen er in uw familie erfelijke ziekten/ aandoening voor?**  | * + Ja
	+ Nee
 | Zo ja, welke |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 en zijn er blijven gevolgen?  |  |

|  |
| --- |
| **Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn.**Hieronder kunt u deze onderwerpen aangeven:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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?  |

**Toestemmingsformulier LSP**VZVZ (vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie)

Uw huisarts en apotheek mogen uw medische gegevens alleen delen met andere zorgverleners als u hen daarvoor toestemming heeft gegeven. En andere zorgverleners mogen uw gegevens alleen opvragen als dat nodig is voor uw behandeling.
Vindt u het goed dat een waarnemend huisarts, een apotheek of medisch specialist uw actuele medische gegevens kan opvragen als dat nodig is voor uw behandeling? Geef dan uw huisarts en apotheek toestemming uw gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.
Dit kunt u via dit formulier doen.
(omcirkelen)
Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijk partij (zie [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl)).

Nee, ik ga niet akkoord.

Naam:…………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum: ……………...………………………Handtekening:…………………………

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u onderstaande invullen.

Ja, Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.

Kind(eren) waarvoor ik de toestemming verleen:
Naam/ namen en geboortedatum(s):………………………………………………………………………………

Datum van vandaag:…………………………………………………………………………….

U dient zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs, wanneer u voor het eerst bij de Groepspraktijk komt, zonder deze controle mogen wij u helaas niet helpen.