



Huisartsenpraktijk Pril  
 A.P.A. Pril-Hes  
 Sobriëtasplein 201  
 5701 MJ Helmond

Huisartsenpraktijk Pril

Met dit formulier kunt u zich laten inschrijven als patiënt bij Huisartsenpraktijk Pril

Onderstaande gegevens graag volledig invullen:

Naam: ..... M/V Voorletter(s): .....  
 Roepnaam: .....  
 Adres: ..... Postcode: .....  
 Woonplaats: .....  
 Geboorte datum: ..... Gehuwd/ Samenwonend  
 Telefoonnummer: ..... Mobiel nummer: .....  
 BSN: ..... Zorgverz.nr.: .....

Documentnummer  ID- kaart  Paspoort  Rijbewijs (graag aankruisen wat van toepassing is en u moet dit ter inzage laten zien).

Apotheek: .....

Mailadres: .....

Indien partner in de praktijk is graag geboortedatum: .....

Gezins/ woonverband:

- Alleenwonend
- Samenwonend met: .....
- Gehuwd met: .....
- Gescheiden sinds: .....
- Weduwe/ weduwnaar sinds: .....

Kinderen	<input type="checkbox"/> nee		Aantal	Geb.datum	Geb datum	Geb.datum	Geb.datum
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> thuiswonend					
		<input type="checkbox"/> uitwonend					

Werk/ school/ studie

- werk ..... Als:.....
- werkloos sinds:..... Uitkering:.....
- arbeidsongeschikt sinds:..... Ooraak:.....
- Studie:..... Studierichting:.....

**Klachten van (aankruisen indien van toepassing):**

- Suikerziekte
- Longziekten (astma, chronische bronchitis, tbc, enz)
- Hoge bloeddruk
- Hart-of vaatziekten
- Overspannen/ depressieve klachten/ angsten (doorhalen wat niet van toepassing is)
- Lever-of darmziekten (bv maagklachten)
- Aanhoudemde gewrichtsklachten
- Schildklierziekten
- Andere belangrijke ziekten:.....

Onder behandeling specialist:

- Nee
- Ja, specialisme: .....

Gebruikt u medicatie:

- Nee
- Ja: .....

Heeft u een allergie of overgevoeligheid?

- Nee
- Ja, reden: .....

Operatie/ ingreep ondergaan of groot ongeluk gehad/ ziekenhuisopname?

- Nee
- Ja: .....

Roken?

- Nee  Ja, aantal sigaretten per dag:.....

Alcohol?

- Nee  Ja, aantal glazen per dag:.....

Bloeddruk beken?

- Nee  Ja, jaar..... waarde: .....

Aidstest gedaan?

- Nee  Ja, jaar..... uitslag: .....

Slachtoffer (seksueel geweld)?

- Nee  Ja

### Ziekten in familie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte               | Bij wie:.....                          |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk             | Bij wie:.....                          |
| <input type="checkbox"/> Hart-en Vaatziekten        | Bij wie:..... Leeftijd ontstaan: ..... |
| <input type="checkbox"/> Beroerte of Hersenbloeding | Bij wie:..... Leeftijd ontstaan:.....  |
| <input type="checkbox"/> Astma, COPD                | Bij wie:.....                          |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten                | Bij wie:.....                          |
| <input type="checkbox"/> Psychische aandoeningen    | Bij wie:.....                          |
| <input type="checkbox"/> Kanker, soort              | Bij wie:.....                          |

### Voor vrouwen

Ooit uitstrijkje gemaakt?

- Nee,  Ja, jaar: ..... Uitslag:.....

Ooit mammografie (foto borsten) gemaakt?

- Nee,  Ja, jaar: ..... Reden.....Uitslag:.....

**Privacy:** In het kader van de wet op de persoonsgegevens (AVG) dient u zelf nadrukkelijk toestemming te geven als andere zorgverleners NAW gegevens opvragen over u, bij onze huisartsenpraktijk.

- Ja u mag uitsluitend mijn NAW gegevens doorgeven aan andere zorgverleners
- Nee, ik wil niet dat u dit doorgeeft aan andere zorgverleners.

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts  
 mijn apotheek

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

## Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

JA  NEE

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

JA  NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening  
ouder of voogd: .....

Datum: .....