

Huisartsenpraktijk Rodewijk
071-3314044



Rembrandt van Rijnsingel 37C

www.huisartsrodewijk.praktijkinfo.nl

2371 RB Roelofarendsveen

U heeft zich bij ons aangemeld, wij heten u van harte welkom.

Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- De achterzijde van dit formulier zorgvuldig in te vullen.
- Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek en toestemming te vragen voor overdracht van uw dossier naar onze praktijk (zie machtiging)
- Bij de inlevering van het ingevulde inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs en een geldige zorgpas mee te nemen, in verband met de wettelijke verplichting van identificatie bij inschrijven.
- Voor elke persoon in uw woonverband die zich ook inschrijft een apart formulier in te vullen

Op het moment dat we u in onze praktijk hebben ingeschreven sturen wij een verzoek aan uw vorige huisarts om uw medische gegevens aan ons over te dragen. **Wilt u zo vriendelijk zijn uw huisarts hier zo snel mogelijk van op de hoogte te brengen en toestemming voor overdracht te verlenen.**

Bij welke apotheek schrijft u zich in?

Apotheek Alkemade, Rembrandt van Rijnsingel 31, R'veen

Apotheek Waterrijck, Noordeinde 19, R'veen

Enkele belangrijke medische gegevens

Wij krijgen een overdracht van uw gegevens nadat u daar toestemming voor heeft verleend. Om die reden vragen wij u direct contact op te nemen met uw vorige huisarts om door te geven dat u van huisarts bent veranderd. Voor de zekerheid willen we de volgende items extra checken

- Werd u in uw vorige praktijk opgeroepen voor de griepvaccinatie?
Ja/ nee (**doorhalen wat niet van toepassing is**).

Indien ja: reden:

- Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen?
Ja/ nee (**doorhalen wat niet van toepassing is**).
Zo ja wat waren de verschijnselen van de allergie:
Voor welk middel bent u allergisch/ overgevoelig:
- Komen er erfelijke aandoening in uw familie voor?
Ja/ nee (**doorhalen wat niet van toepassing is**).
Zo ja, om welke aandoening gaat het:

Zijn er bijzonderheden in uw medische voorgeschiedenis die u alvast wilt doorgeven?

Hierbij schrijf ik mij in bij huisartsenpraktijk Rodewijk per:
 tijdstip:

Voorletters en achternaam	
Geboortenaam	
Roepnaam	
Geslacht	Man/ vrouw <i>(s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing)</i>
Geboortedatum	
Burger sofie nummer (BSN)	
Telefoonnummer mobiel	
Vast telefoonnummer	
Uw persoonlijke emailadres	
Is er al een gezinslid bij ons ingeschreven? Indien ja, graag naam+geboortedatum vermelden.	
Telefoonnummer in geval van nood. Graag relatie tot u vermelden. (Partner, zoon, dochter, ect)	
Legitimatie soort: : paspoort (P) Identiteitsbewijs (I) Rijbewijs (R) Overig (O)	Soort: P/I/R/O Nummer legitimatie:
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en Woonplaats	
Naam verzekeraar	
Polisnummer	
Naam en adres vorige huisarts	

MijnGezondheid.net en Med Gemak App.

Onze praktijk maakt gebruik van **MijnGezondheid.net**

Via het portaal kunt u:

- digitaal afspraken maken
- herhaalmedicatie aanvragen
- online vragen stellen
- online inzage in (*een gedeelte van*)uw dossier zoals:
 - uw medicatie
 - bloeduitslagen

Wilt u hier gebruik van maken? Ga dan naar onze website www.huisartsrodewijk.praktijkinfo.nl voor meer informatie. U moet zich éénmalig aanmelden met uw Digi-D om uw huisarts toestemming te geven deze gegevens voor u open te zetten.

Met de MedGemak App kunt u via uw telefoon ook makkelijk en snel online zaken regelen met de huisartsenpraktijk.

Wij maken gebruik van LSP, geeft u toestemming om uw gegevens via LSP te delen?

Let op, u kunt dit niet voor uw partner invullen.

Zie www.ikgeeftoestemming.nl

ja

nee

Roelofarendsveen, datum:

Handtekening:

Machtigingsformulier voor dossieroverdracht van uw vorige huisarts naar onze praktijk

Hierbij schrijf ik mij in bij huisarts M.L.T. Rodewijk. Tevens machtig ik de huisarts tot afmelden bij mijn vorige huisarts en verzoek ik hierbij mijn voormalige huisarts om mij uit te schrijven en het dossier over te dragen aan huisartsenpraktijk Rodewijk.

Naam:

Geboortedatum:

Postcode en plaats:

Telefoon:

Datum inschrijving:

Gegevens vorige huisarts

Naam praktijk:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Faxnummer:

Handtekening: