



**Inschrijfformulier
Gezondheidscentrum Zuiderkroon
Vlissingenplein 1, 3086 GZ, Rotterdam**

Persoonsgegevens

Achternaam:.....

Voorletters:.....Roepnaam:.....M/V

Adres:.....

Postcode:.....Plaats:.....

Geboortedatum:

Telefoonnummer:Mobiel: 06-.....

E-mailadres:

Zorgverzekeraar:.....

Polis nummer:.....BSN-nummer.....

ID nr:.....Soort ID:.....

Inschrijving bij huisarts:

(Nieuwe) Apotheek:.....

Is er iemand uit uw woonverband al bij ons gezondheidscentrum ingeschreven?

NEE

JA, vul in:

Gaat u akkoord met deelname aan onze kwaliteitsonderzoek?

Ja

nee

U zal hiervoor, maximaal 1/jaar, benaderd worden per e-mail.

Naam vorige huisarts:.....

Telefoonnummer:.....

Reden van inschrijving:.....

Schrijft u zich a.u.b. uit bij uw vorige huisarts. Graag ontvangen wij zo spoedig mogelijk uw medische gegevens.



Medische gegevens

Bent u onder behandeling van een specialist?

Nee

Ja, namelijk (naam, afdeling, ziekenhuis)

Gebruikt u medicatie?

Nee

Ja, namelijk (naam en dosering):

Heeft u operaties ondergaan?

Nee

Ja, namelijk (waarvoor en jaar):

Heeft u een allergie?

Nee

Ja, namelijk

Roekt u?

Nee

Ja

Voorheen, stopdatum:.....

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja, aantal gemiddeld per week.....

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, welke en hoeveel gemiddeld per week.....

Heeft u één of meerdere van onderstaande aandoeningen?

Diabetes Mellitus (type 1 of 2)

Hart- en vaatziekten

Hoge bloeddruk

Hoge cholesterol

Astma

COPD

Komt in uw naaste familie (ouders/broers/zussen) één of meerdere van onderstaande aandoeningen voor?

Diabetes Mellitus (type 1 of 2)

Hart- en vaatziekten

Hoge bloeddruk

Hoge cholesterol

Astma

COPD

Alleen voor vrouwen

- Is er ooit een uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt:

Nee

Ja, jaar:.....uitslag:.....

- Is er ooit een foto van de borsten (mammografie) gemaakt?

Nee

Ja, jaar:.....uitslag:.....



Wet op de identificatieplicht

In verband met de juiste registratie van uw BSN-nummer zijn wij verplicht bij inschrijving uw identiteit te controleren. Wilt u bij het inleveren van dit inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs gereed houden.

Uitwisseling medische gegevens

Bij contact met de huisartsenpost kan de zorgverlener uw medische gegevens via een beveiligde elektronische verbinding inzien. De dienstapothek kan uitsluitend uw medicijngebruik inzien.

Om het mogelijk te maken dat een andere arts/apotheker in uw medische gegevens kan kijken, moet u schriftelijk toestemming geven. U kunt de toestemming altijd weer intrekken. Als er gegevens van u worden opgevraagd dan krijgt de eigen huisarts hiervan bericht. Ook is het mogelijk om bepaalde gegevens af te schermen.

Toestemming Landelijk Schakel Punt (LSP)

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)'.

Toestemming aan de huisarts van Gezondheidscentrum Zuiderkroon, 3086GZ te Rotterdam

LET OP: Toestemming voor uw kinderen:

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming.
- 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

Voor toestemming van uw kind(eren) vraag het VZVZ formulier bij de assistente of download via www.vzvez.nl

AVG

De AVG is door de Europese wetgever opgesteld ter bescherming van privacy en persoonsgegevens. Op grond van deze wet heeft een organisatie die met persoonsgegevens werkt (de verantwoordelijke) bepaalde plichten, en heeft degene van wie de gegevens zijn (de betrokkene) bepaalde rechten. De wet spreekt van het verwerken van persoonsgegevens. Dit begrip omvat alles wat men met persoonsgegevens kan doen: vanaf het verzamelen tot en met het vernietigen ervan.

Naast deze algemene privacywet gelden specifieke regels voor de privacy in de gezondheidszorg. Deze regels staan bijvoorbeeld vermeld in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Het privacyreglement is te vinden op de website van het gezondheidscentrum.

Datum: .. - .. - 20 ..

16 jaar en ouder

Handtekening:

Indien 12-16 jaar (let op zowel ouder/voogd als kind)

Handtekening kind:

N.B. Niet nagekomen afspraken zullen worden gedeclareerd bij de patiënt zelf.



Bewijs van uitschrijving vorige huisarts

Ondergetekende:

Naam: _____ M/V

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Oud adres: _____

Nieuw adres: _____

Woonplaats: _____

Verzoekt om uitschrijving uit praktijk:

Naam huisarts:

Adres/plaats:

Telefoon:

Fax:

Hij/zij verzoekt zijn/haar medische gegevens te verzenden naar:

GC Zuiderkroon

Naam nieuwe huisarts:

Adres/Plaats: Vlissingenplein, 3086GZ, Rotterdam

Telefoon: 010-2931404

Fax: 010-2931401

Datum: _____

Naam + handtekening

ouder/voogd naam + handtekening

Toelichting

Als u kiest voor een andere huisarts (bijvoorbeeld na een verhuizing naar een andere woonplaats) is het van belang dat uw medische gegevens zo spoedig mogelijk worden overgedragen aan de nieuwe huisarts.

Het is een huisarts niet toegestaan om zonder toestemming medische gegevens over te dragen aan een andere huisarts. Volgens een richtlijn van artsenorganisatie KNMG dient ieder gezinslid van 12 jaar en ouder zelf toestemming te geven. Voor kinderen jonger dan 12 jaar geldt dat de ouders/voogd toestemming dienen te geven.