

INSCHRIJFFORMULIER

Welkom bij Huisartsenpraktijk Baarlo!

U wilt zich inschrijven in onze praktijk. Hiervoor dient u zich ook bij de oude praktijk uit te schrijven. Met uw toestemming stuurt de oude praktijk ons uw digitale dossier door. Vaak is er ook nog een papieren dossier aanwezig in een archief. Vraag dit alstublieft goed! Haal deze indien aanwezig op en geef deze bij ons af.

» **Pas als wij uw dossier volledig in ons bezit hebben kunnen wij volwaardige en goede zorg leveren. Tot die tijd vragen wij u bij vragen en/of problemen contact op te nemen met de oude praktijk. Wij informeren u vanaf wanneer u bij ons terecht kunt bij vragen en/of problemen.**

Is er sprake van (levensbedreigende) spoed en is uw oude praktijk ver weg? Dan mag u altijd contact opnemen met onze praktijk. Om u bij (levensbedreigende) spoed goed te kunnen helpen vragen we u op dit inschrijfformulier alvast naar enkele medische gegevens.

» **Wilt u alstublieft zo spoedig mogelijk aan uw apotheek en ziekenhuis doorgeven dat u een nieuwe huisarts heeft? Indien dit niet gebeurt, worden uitslagen, specialistenbrieven en medicatiewijzigingen niet naar uw nieuwe huisarts verstuurd, wat zeer onwenselijk is!**

Graag per volwassene (18 jaar of ouder) één formulier invullen. Eventuele inwonende kinderen onder de 18 jaar kunnen bijgeschreven worden op het formulier van een ouder. Tevens willen wij u verzoeken om een kopie van een geldig legitimatiebewijs af te geven bij het inleveren van dit inschrijfformulier.

Verder willen wij u erop attenderen dat u via onze website www.huisartsenpraktijkbaarlo.uwartsonline.nl online afspraken kunt maken, ons via een beveiligde route een eConsult kunt sturen en digitaal uw herhaalmedicatie kunt bestellen. Inloggen verloopt via DigID.

Voor uw rechten en onze plichten in het kader van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) verwijzen wij u naar ons privacyreglement op onze website.

Wij wensen u veel gezondheid toe! Tot ziens in Baarlo!

Voorletters + achternaam: _____

Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____

Straat + huisnummer: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer (vast): _____ Geheim: J / N

Mobiele nummer: _____ Geheim: J / N

E-mailadres: _____

BSN-nummer: _____

Ik geef toestemming dat de Spoedpost bij spoedgevallen mijn dossier mag inzien (omcirkelen): JA NEE

Eventuele overige gezinsleden onder de 18 jaar:

- Voorletters + achternaam _____

Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____

Mobiele nummer: _____ Geheim: J / N

E-mailadres: _____

BSN-nummer: _____

Ik geef toestemming dat de Spoedpost bij spoedgevallen mijn dossier mag inzien (omcirkelen): JA NEE

- Voorletters + achternaam _____

Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____

Mobiele nummer: _____ Geheim: J / N

E-mailadres: _____

BSN-nummer: _____

Ik geef toestemming dat de Spoedpost bij spoedgevallen mijn dossier mag inzien (omcirkelen): JA NEE

- Voorletters + achternaam _____

Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____

Mobiele nummer: _____ Geheim: J / N

E-mailadres: _____

BSN-nummer: _____

Ik geef toestemming dat de Spoedpost bij spoedgevallen mijn dossier mag inzien (omcirkelen): JA NEE

- Voorletters + achternaam _____

Roepnaam: _____ Geboortedatum: _____

Mobiele nummer: _____ Geheim: J / N

E-mailadres: _____

BSN-nummer: _____

Ik geef toestemming dat de Spoedpost bij spoedgevallen mijn dossier mag inzien (omcirkelen): JA NEE

Wij werken met vijf vaste huisartsen. Samen zorgen wij voor continuïteit van zorg. Indien u een huisarts van voorkeur heeft kunt u dit hier invullen: _____

Nieuwe apotheek: _____

Naam vorige huisarts: _____

Naam vorige huisartsenpraktijk: _____

Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

MEDICIJN	STERKTE	DOSERING

Hebt u allergieën voor medicijnen, conserveermiddelen of zalven? Zo ja, dan hier onder aangeven waarvoor:

Eventuele andere relevante informatie:

Datum:

Handtekening voor akkoord:
