**Huisartsenpraktijk Beljaart Rood**

Kloosterpad 11

5104 JT Dongen

[www.beljaartrood.nl](http://www.beljaartrood.nl)

Meegeven door assistente:

* MGN folder
* LSP folder

**Inschrijfformulier**

**Voorletters en Achternaam: ………………………………………………………………………………………………………………….**

**Roepnaam: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Geslacht: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Geboortedatum: ……………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Postcode: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Telefoonnummer huis: ………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Mobiel telnr (nodig voor MGN): ……………………………………………………………………………………………………………**

**E-mail adres (nodig voor MGN): ……………………………………………………………………………………………………………**

**BSN: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Zorgverzekeraar + verzekeringsnummer: ………………………………………………………………………………………………**

**Vorige Apotheek (Naam en Plaats): ………………………………………………………………………………………………………**

**Naam vorige huisarts + Plaats en Telnr: ………………………………………………………………………………………………**

Indien wenselijk kunt u een naam en telefoonnummer van een contactpersoon opgeven:

**Contactpersoon: ……………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Telefoonnummer: ………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Gewenste datum van inschrijving:…………………………………………………………………………………………………………**

**Woonverband:** alleenwonend/ samenwonend/ gehuwd/ gescheiden/ weduwe/ weduwnaar

**Indien samenwonend/gehuwd, naam en geb. datum partner: ………………………………………………………………**

**Heeft u kinderen:** JA [ ] / NEE [ ] indien ja hoeveel: **……………………………………………………………………………**

**Hoeveel thuiswonend?: ………………………………………………………………………………………………………………………..**

Met MijnGezondheid.net kunt u 24 uur per dag, 7 dagen in de week online zorgzaken regelen bij uw huisarts of apotheek. Zo kunt u bijvoorbeeld online een afspraak maken, herhaalmedicatie bestellen of een bericht sturen.

**Aanmelden voor MGN (mijnGezondheid.net):** JA [ ] / NEE [ ]

LSP – Landelijk schakelpunt: Inzage dossier bij bijvoorbeeld: huisartsenpost, apotheek.

Zichtbaar voor zorgverleners zijn alleen uw belangrijkste medische gegevens zoals:

Naam, adres, leeftijd, laatste bezoeken, informatie over evt. allergieën/overgevoeligheid, medicatie overzicht.

**Aanmelden voor LSP (Landelijk schakelpunt):** JA [ ] / NEE [ ]

**Gezondheid en ziekten**

**Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?** JA [ ] / NEE [ ]

**Indien ja: waarom en bij welk specialisme?:**

* **...................................................................................................**
* **……………………………………………………………………………………………….**

**Heeft u ooit klachten (gehad) van:**

* **Suikerziekte:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Astma/bronchitis:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Hoge bloeddruk:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Hart en vaatziekten:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Overspannenheid:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Angsten/depressie:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Eetstoornis:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Lever- en/of darmziekten:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Gewrichtsklachten:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Schildklierziekten:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Geslachtsziekten:** JA [ ] / NEE [ ] 🡪 **zo ja: sinds:………………………..**
* **Andere ernstige ziekten: ……………………………………………………………………………….**

 **….………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Operaties: ……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Gebruikt u geneesmiddelen?** JA [ ] / NEE [ ]

**Indien ja: welke?: …………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Bent u allergisch/overgevoelig?** JA [ ] / NEE [ ]

**Indien ja: waarvoor?: ………………………………………………..…………………. (geneesmiddel/stof)**

**Rookt u?** JA [ ] / NEE [ ]

**Indien ja: hoeveel per dag? …………………………………………………………………………………………..**

**Kreeg u via uw vorige huisarts een griepspuit?** JA [ ] / NEE [ ]

**Ziekten in familie**

* **Suikerziekte?** JA [ ] / NEE [ ]
* **Hart en vaatziekte?** JA [ ] / NEE [ ]
* **Astma/bronchitis?** JA [ ] / NEE [ ]
* **Kanker?** JA [ ] / NEE [ ]

**Indien ja, welke soort kanker, op welke leeftijd en bij wie?**

* + - * **………………………………………………………………………….**
			* **………………………………………………………………………….**

Zijn er nog bijzonderheden in het verleden of heden die u wilt vermelden?

(zoals overlijden partner/kind, seksueel misbruik of andere ernstige zaken)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Datum: ……………………………………………………………………………………………...**

**Handtekening: (hierbij geeft u akkoord voor dossier overdracht/ inschrijving/ indien aangekruist MGN/LSP.)**

|  |
| --- |
|  |