



Huisartsenpraktijk Samen Wijzer

Dodewaardlaan 9

4006 EA Tiel

Tel. 0344-655404

website: www.ecttiel.nl

Achternaam : _____

Roepnaam: _____ Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer (BSN): _____

Geslacht: man / vrouw / anders, _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Wie heeft het ouderlijk gezag over het kind?

- Beide ouders
- Eén ouder _____
- Voogd/Wettelijk vertegenwoordiger

Indien van toepassing: naam en contactgegevens van de voogd/wettelijk vertegenwoordiger: _____

Telefoonnummer: _____

Dit tel.nr is van: kind zelf / vader / moeder/ anders: _____

E-mailadres: _____

Dit e-mailadres is van: kind zelf / vader / moeder/ anders: _____

INSCHRIJFFORMULIER Huisartsenpraktijk Samen Wijzer
INSCHRIJVING KIND ONDER DE 12 JAAR



Vorige huisarts, praktijknaam: _____

Plaats van vestiging vorige huisarts: _____

Is er sprake van een WLZ indicatie? Nee / Ja, namelijk _____

Hierbij geef ik toestemming voor de uitwisseling van de medische gegevens met ziekenhuis, apotheek en spoedpost. (z.o.z.) Ja / Nee

Hierbij geef ik toestemming om eenmaal per jaar benaderd te worden om deel te nemen aan een patiënttevredenheidsonderzoek. Ja / Nee

Hierbij geef ik toestemming voor inschrijving en overdracht van het dossier van de vorige huisarts aan Huisartsenpraktijk Samen Wijzer.

Naam ouder/verzorger: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

1. Heeft u wel eens iets ingrijpends meegemaakt (lichamelijk of psychisch) dat belangrijk is voor uw huisarts om te weten?

- Nee
- Ja, namelijk: _____

2. Gebruikt u (chronische) medicatie?

- Nee
- Ja, namelijk: _____

3. Bent u onder behandeling bij een medisch specialist?

- Nee
- Ja, namelijk: _____



4. Overig

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen die belangrijk zijn voor uw huisarts om te weten? _____

Als u naar aanleiding van deze vragenlijst nog vragen heeft of iets wilt bespreken, maak dan gerust een afspraak met uw huisarts zodra de inschrijving volledig is.



UITWISSELING MEDISCHE GEGEVENS

volg je zorg

Het is belangrijk dat het ziekenhuis, de apotheek en de spoedpost inzage hebben in uw medische gegevens als u hun zorg nodig heeft. Vandaar dat wij u hiervoor toestemming vragen op de eerste pagina van dit inschrijfformulier. Voor meer informatie kunt u terecht op <https://www.volgjezorg.nl/toestemming>