



Welkom bij huisartsenpraktijk Het Dok!

Hierbij ontvangt u de inschrijvingsformulieren. Aan u het vriendelijke verzoek deze zo spoedig mogelijk in te vullen en naar Het Dok terug te brengen. Uiteraard bent u van harte welkom voor een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts, geef dit dan aan op uw formulier.

Als de inschrijving hier is afgerond en we alle medische gegevens van uw oude huisarts hebben ontvangen, dan krijgt u van ons een mail met bevestiging hiervan. Met deze mail sturen we ook de praktijkfolder voor meer informatie over de praktijk.

Als u tips of opmerkingen heeft die de praktijkvoering kunnen verbeteren, horen we dat graag!

Wij wensen u een goede gezondheid toe. En mocht u ons nodig hebben hopen wij u prettig van dienst te kunnen zijn.

Vriendelijke groet,

Alle huisartsen en medewerkers van huisartsenpraktijk Het Dok.



**Dr C.L. de Visser**  
**A.M. Heerink**  
**A. v. Schothorst**  
**M. Ras**

Huisartsenpraktijk  
Het DOK  
Vlechtuinen 1-G  
8322 BA URK  
T 0527-247024  
Praktijkagb: 01055603

## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Het Dok

### Hoofdbewoner:

Achternaam: \_\_\_\_\_ M/V

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode + Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnr. thuis: \_\_\_\_\_ Telefoonnr. mobiel: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

O gehuwd, O ongehuwd, O samenwonend, O gescheiden, O weduwe/weduwnaar

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_ Polisnr.: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

### Partner:

Achternaam: \_\_\_\_\_ M/V Voorletters: \_\_\_\_\_

Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Telefoonnr. mobiel: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_ Inschrijfnr.: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

### Kinderen:

| Achternaam | Roepnaam | Voorletter | M/V | Geb.datum | Verzekerings<br>Maatschappij | Inschrijfnr. | BSN |
|------------|----------|------------|-----|-----------|------------------------------|--------------|-----|
|            |          |            |     |           |                              |              |     |
|            |          |            |     |           |                              |              |     |
|            |          |            |     |           |                              |              |     |
|            |          |            |     |           |                              |              |     |
|            |          |            |     |           |                              |              |     |

Geeft u toestemming om uw medische gegevens op te vragen? O Ja / O Nee

Wilt u een kennismakingsafpraak met uw nieuwe huisarts? O Ja / O Nee

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_



**Dr C.L. de Visser  
A. van Schothorst  
A.M. Heerink  
A. van Ee**

**Gezondheid en ziekten:**

**Naam + Geboortedatum:** \_\_\_\_\_ (m/v)

**Bent u bekend met de volgende aandoeningen?:**

- ☐ Suikerziekte
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Hart en vaatziekten
- ☐ Longziekten
- ☐ Schildklierziekte
- ☐ Depressie of angststoornis
- ☐ Maag, darm of leverziekte
- ☐ Gewrichtsklachten
- ☐ overig: \_\_\_\_\_

**Indien u vrouw bent:**

- ☐ Zwangerschapssuikerziekte
- ☐ Hoge bloeddruk tijdens zwangerschap

Huisartsenpraktijk  
Het DOK  
Vlechtuinen 1-G  
8322 BA URK  
T 0527-247024  
F 0527-690453

**Bent u onder behandeling van een specialist?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja: vult u a.u.b. in specialisme, naam en ziekenhuis.
- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_

**Bent u ooit geopereerd of heeft u een ongeluk gehad?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja, vult a.u.b. in wanneer en wat:
- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**Bent u ergens allergisch voor?**

- ☐ Nee
- ☐ Medicijnen
- ☐ Jodium
- ☐ Anders: \_\_\_\_\_

**Kreeg u het afgelopen jaar een grieprik?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja, vanwege: \_\_\_\_\_

**Rookt u?**

- ☐ Nee
- ☐ Niet meer, ik ben \_\_\_\_ jaar geleden gestopt
- ☐ Ja, \_\_\_\_ sigaretten per dag

**Drinkt u alcohol?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja, \_\_\_\_ glazen per dag/week

**Komen er ziektes in uw familie voor?**

- ☐ Nee
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Hoge bloeddruk en/of hoog cholesterol
- ☐ Hart en vaatziekten
- ☐ kanker
- ☐ Glaucoom (verhoogde oogdruk)

**Slikt u medicijnen?**

- ☐ Nee
- ☐ Ja: 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**Indien u vrouw bent:**

**Bent u zwanger?:**

- ☐ Nee ☐ Ja,
- Laatstemenstruatie: \_\_\_\_\_ Uitgerekendedatum \_\_\_\_\_

**Heeft u kinderen?**

- ☐ Nee ☐ Ja, \_\_\_\_\_ kind(eren)

## TOESTEMMINGSFORMULIER

### ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Ik geef geen toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen’ is aangegeven.

Ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen’ is aangegeven.

Maak hieronder uw keuze:

- **Ja/ Nee Huisartsenpraktijk Het Dok**
- **Ja/ Nee Apotheken Urk**

Apotheken Urk:  
**K.H. Kooi, apotheker**  
Vlechttuinen 1-A  
8322 BA Urk  
0527-685466

Pyramideweg 15-B  
8321 CG Urk  
0527-681818

### GEGEVENS

Achternaam (ook meisjesnaam): \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ 0 M 0 V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

| Datum | Handtekening |
|-------|--------------|
|       |              |

### LEVER DIT FORMULIER IN BIJ:

Huisartsenpraktijk Het Dok

Het is ook mogelijk om via internet toestemming te geven, hiervoor is wel uw DigiD nodig. Op onze website [www.hetdokurk.nl](http://www.hetdokurk.nl) kunt u hiervoor een link vinden. Ook zijn hier extra toestemmingsformulieren te vinden.

**ANDERE GEZINSLEDEN? KIJK DAN OOK OP DE ACHTERZIJDE VAN DIT FORMULIER.**

### Toestemming regelen voor kinderen

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

| Voor- en achternaam<br>(ook meisjesnaam) | Man<br>Vrouw<br>aan-<br>kruizen                          | Toestemming<br>aankruizen                                                                                                                                              | Geb. datum | Handtekening ouders bij jonger<br>dan 16 jaar |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------|
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |
|                                          | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Huisartsenpraktijk<br>Het Dok<br><input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE<br>Apotheken Urk |            |                                               |