



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.



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 Maatschappij	Inschrijfnr.	BSN

Geeft u toestemming om uw medische gegevens op te vragen? O Ja / O Nee
 Wilt u een kennismakingsafspraken met uw nieuwe huisarts? O Ja / O Nee

Datum: _____ Handtekening: _____

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

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



**C.L. de Visser
A. van Schothorst
A.M. Heerink
M. Ras**

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
Vlechttuinen 1-G
8322 BA URK
T 0527-247024

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 griep prik?

- ☐ 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: _____ O M O 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 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 (ook meisjesnaam)	Man Vrouw aan- kruizen	Toestemming aankruizen	Geb. datum	Handtekening ouders bij jonger dan 16 jaar
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		
	☐ M ☐ V	☐ JA ☐ NEE Huisartsenpraktijk Het Dok ☐ JA ☐ NEE Apotheken Urk		