



## Intakeformulier nieuwe patiënt

Naam: \_\_\_\_\_

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

Geb.datum: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts + plaats: \_\_\_\_\_

Vorige apotheek +plaats \_\_\_\_\_

Hierbij machtigt ondergetekende de nieuwe huisarts tot het afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt de vorige huisarts het medisch dossier op te sturen naar huisartsenpraktijk Havelte.

Handtekening:

Datum: / Plaats:

.....

.....

.....

Bent u ergens allergisch voor?	JA / NEE	Zo ja, waarvoor? _____
Allergie /Intolerantie voor medicijnen?	JA / NEE	Zo ja, waarvoor? _____
Gebruikt u medicijnen?	JA / NEE	Zo ja, welke? _____

Gebruikt u andere, niet door een arts voorgeschreven middelen ?  
(zoals vitaminen, mineralen, maagtabletten, pijnstillers etc.)

Lijdt u aan één van de volgende chronische aandoeningen?

- Diabetes

- Astma

- Epilepsie

- Schildklierziekte

- Hoge bloeddruk

- Longemfyseem

- Hart-of vaatziekte

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

.....

**Voor kinderen tot en met 16 jaar ook achterkant van dit formulier invullen.**

**Ondertekening door patiënt: ( bij 12 – 16 jaar )**

Naam: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**Ondertekening (wettelijk) vertegenwoordiger(s) : (van 0 tot 16 jaar en wilsbekwaam)**

**vertegenwoordiger 1:** ouder /voogd /curator /mentor /anders.....\*

Naam: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**Vertegenwoordiger 2:** ouder /voogd /curator /mentor / anders .....\*

Naam: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Zijn er (wettelijk) vertegenwoordigers die niet ondertekend hebben? Ja / nee\*

\* doorhalen wat niet van toepassing is

**JA**

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' of gelezen op de website volgjezorg.nl.

**NEE**

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' of gelezen op de website volgjezorg.nl.

## MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBOORTEDATUM:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts  
 mijn apotheek

<b>Naam:</b>	.....
<b>Adres:</b>	.....
<b>Postcode en plaats:</b>	.....

## HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf 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 een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

## GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Vul onderstaande gegevens voor uw kind(eren) in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBOORTEDATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
DATUM:	HANDTEKENING:	

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie u toestemming regelt.