



## Huisartsenpraktijk De Triangel

Parklaan 2-A  
2742 MG Waddinxveen  
0182-244455  
[www.huisartsdetriangel.nl](http://www.huisartsdetriangel.nl)  
[info@huisartsdetriangel.nl](mailto:info@huisartsdetriangel.nl)  
Dr. E.H. Middelveld

### Inschrijfformulier

Hiermee schrijf ik mij in als patiënt bij Huisartsenpraktijk De Triangel

(S.v.p. 1 formulier per persoon invullen. Indien u meerdere personen tegelijk inschrijft, die op hetzelfde adres wonen, dan kunt u het adres alleen op het eerste formulier invullen)

Roepnaam:	
Voorletters:	
Achternaam:	
Meisjesnaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Straatnaam & huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer(s):	
Emailadres:	
Naam verzekeraar & polisnr:	
BSN- nummer:	
Soort ID bewijs:	Paspoort/ ID- kaart/ Rijbewijs (svp omcirkelen)
Documentnummer ID:	
Apotheek:	
Naam vorige huisarts:	
Plaats vorige huisarts:	

#### De patiënt verklaart dat:

- Huisartsenpraktijk De Triangel zijn / haar vaste huisartsenpraktijk wordt.
- Huisartsenpraktijk De Triangel zal u ION (= inschrijving op naam) aanmelden, uw huidige huisarts krijgt hiervan een melding en zal ons vervolgens uw medische gegevens toesturen en u uitschrijven uit zijn / haar praktijk. Hiertegen heeft u geen bezwaar.

**Let op: Heeft u een huisarts binnen Waddinxveen of omstreken, dan kunt u aan uw huisarts doorgeven dat zij het dossier naar ons kunnen sturen via code VD.**

Datum:

Handtekening:

Plaats:

Z.O.Z.



Het kan enige tijd duren voordat wij uw medisch dossier van uw vorige huisarts ontvangen. Als u in de tussenliggende periode klachten heeft, dan is het voor ons handig om al iets over uw medische geschiedenis te weten. Om die reden bieden wij u de mogelijkheid om ons alvast van een aantal gegevens te voorzien. U bent niet verplicht dit blad in te vullen.

**Gezondheid & ziekten: Heeft u klachten (gehad) van:**

- Hoge bloeddruk : ja / nee
  - Hart- of vaatziekten : ja / nee
  - Hoog cholesterol : ja / nee
  - Suikerziekte : ja / nee
  - Longziekten (V.b. Astma/ COPD/ TBC) : ja / nee
  - Schildklierziekten : ja / nee
  - Lever- of darmziekten : ja / nee
  - Aanhoudende gewrichtsklachten : ja / nee
  - Overspanning of depressie, angsten of eetstoornis : ja / nee
  - Andere ernstige ziekten : ja / nee
  - Bent u ooit geopereerd? : ja / nee
  - Bent u nu onder behandeling van een specialist : ja / nee
  - Gebruikt u medicijnen? : ja / nee
- Zo ja, welke:

.....

.....

.....

.....

- Heeft u in het verleden een grieprik gehad? : ja / nee
- Bent u allergisch of ergens overgevoelig voor? : ja / nee
- Rookt u? : ja / nee
- Heeft u een wilsbeschikking/ euthanasieverklaring? : ja / nee

Heeft u ergens JA ingevuld? Dan kunt u hieronder een toelichting geven:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Huisartsenpraktijk De Triangel

Parklaan 2-A  
2742 MG Waddinxveen  
0182-244455  
[www.huisartsdetriangel.nl](http://www.huisartsdetriangel.nl)  
[info@huisartsdetriangel.nl](mailto:info@huisartsdetriangel.nl)  
Dr. E.H. Middelveld

### LSP (= Landelijk SchakelPunt)

Wij verzoeken u vriendelijk doch dringend onderstaande informatie over **elektronische uitwisseling van patiëntgegevens te lezen en in te vullen.**

Uw huisarts verzoekt uw toestemming.

Geeft u toestemming voor het delen van medische informatie met de huisartsenpost en beperkte laboratoriumuitslagen met de apotheek?

We delen alleen informatie die **noodzakelijk** is om u goede medische zorg te verlenen.

Hierdoor kan ook een waarnemend huisarts / specialist en de apotheek over uw recente gegevens beschikken indien dat noodzakelijk is.

Verdere informatie: [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl) of vraag de folder bij de assistente.

Hierbij geef ik            WEL / GEEN / WEET NIET

toestemming voor uitwisseling medische gegevens via LSP

**Naam:**

**Geboortedatum:**

**Handtekening:**

**Datum:**

**Hartelijk dank voor het invullen van het formulier en welkom in onze nieuwe praktijk!**