**INSCHRIJVEN IN DE PRAKTIJK**

 **Identificatie**

Ontvangt u medische zorg, dan moet u zich kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of rijbewijs). Dit heet de identificatieplicht in de zorg. Als zorgverlener moeten wij kunnen aantonen dat aan de identificatieplicht is voldaan. Daarom vragen we u voor inschrijving in de praktijk bij ons langs te komen, wij kunnen dan uw identiteit vaststellen en de soort en het nummer van uw identiteitsbewijs vastleggen in onze administratie. Dit geldt voor alle gezinsleden vanaf 12 jaar. Voor kinderen tot 12 jaar kan de ouder/voogd de aanmelding regelen, wel moet de ouder/voogd een identiteitsbewijs van het kind tonen aan de balie. Het inschrijfformulier, het toestemmingsformulier en het intakeformulier kunt u afgeven bij de balie in gezondheidscentrum

It Kleaster in Wytgaard. Online inschrijven is, mede i.v.m. de wet AVG Privacywetgeving niet mogelijk.

**Toestemming geven**Wilt u dat de huisarts uw medische gegevens elektronisch kan delen met andere zorgverleners wanneer dat nodig is voor uw behandeling, bijvoorbeeld met de Doksterwacht Friesland?. Uw huisarts en apotheek mogen uw medische gegevens alleen delen met andere zorgverleners als u daar vooraf toestemming voor heeft gegeven. Meer informatie over het geven van toestemming vindt u op [www.ikgeeftoestemming.nl](https://www.ikgeeftoestemming.nl/nl/registratie/toestemming-regelen/01054356). Het regelen van de toestemming kunt u online doen of via het [toestemmingsformulier](https://huisartsenpraktijkgrou.uwartsonline.nl/filedownload/default.aspx?fileType=FM&ID=389060) onderaan dit inschrijfformulier

Heeft u kinderen?

• Voor kinderen tot 12 jaar kan de ouder/voogd toestemming geven voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens.

• 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 in onderstaand formulier een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

• Kinderen vanaf 16 jaar vullen zelf een toestemmingsformulier in.

**Online patiëntenomgeving**Nadat uw inschrijving is voltooid, kunt u in onze beveiligde patiëntenomgeving `MijnGezondheid.net’ 24 uur per dag online afspraken maken en via een beveiligde verbinding vragen stellen aan uw huisarts, de praktijkondersteuner of assistente. Zo hoeft u niet langs te gaan of te bellen. Aanmelding voor MijnGezondheid.net regelt u via onze website (www.itkleaster.uwartsonline.nl)

**Overdracht van uw medisch dossier**

Het verzoek tot overdracht van uw medische dossier dient u in bij uw oude praktijk. Op onze website kunt u hiervoor het ‘toestemmingsformulier overdracht medische dossier’ downloaden. Op uw verzoek kunnen wij dit formulier ook namens u versturen. Uw oude praktijk draagt daarna uw gegevens via een beveiligd systeem en volgens de regels van de beroepsgroep aan ons over.

**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK IT KLEASTER**
Wij vragen u het formulier volledig in te vullen, zodat we de inschrijving direct kunnen verwerken in ons systeem en de huisarts op de hoogte is van belangrijke relevante medische zaken. Heeft u een uitgebreide medische voorgeschiedenis, maak dan een afspraak voor een kennismakingsgesprek met de huisarts.

|  |
| --- |
| **Algemene gegevens** |
| Straatnaam + huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer thuis |  |

|  |
| --- |
|  **Gegevens huidige huisarts**  |
| Praktijknaam/naam huisarts |  |
| Straatnaam + huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |

|  |
| --- |
| **Volwassene 1** |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| 06-nummer |  |
| E-mailadres |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgers Service Nummer |  |
| Medicatiegebruik | **Naam geneesmiddel** | **Hoeveel mg?** | **Gebruik per dag of per week** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen? | * + Ja
	+ Nee
 |
| Welke zelfzorgmiddelen gebruikt u dagelijks (pijnstillers, maagtabletten, vitamine preparaten, Sint Jans kruit, etc)? |  |
| Komen er in uw familie erfelijke ziekten / aandoeningen voor? Zo ja, welke? |  |
| Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer? | **Aandoening** | **Datum van operatie** |
|  |  |
|  |  |
| Bent u onder behandeling van een specialist?Zo ja, waarvoor en bij wie? | **Aandoening** | **Specialist** | **Ziekenhuis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Volwassene 2** |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| 06-nummer |  |
| E-mailadres |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgers Service Nummer |  |
| Medicatiegebruik | **Naam geneesmiddel** | **Hoeveel mg?** | **Gebruik per dag of per week** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Maakt u gebruik van een weekdoseersysteem voor uw geneesmiddelen? | * + Ja
	+ Nee
 |
| Welke zelfzorgmiddelen gebruikt u dagelijks (pijnstillers, maagtabletten, vitamine preparaten, Sint Jans kruit, etc)? |  |
| Komen er in uw familie erfelijke ziekten / aandoeningen voor? Zo ja, welke? |  |
| Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer? | **Aandoening** | **Datum van operatie** |
|  |  |
|  |  |
| Bent u onder behandeling van een specialist?Zo ja, waarvoor en bij wie? | **Aandoening** | **Specialist** | **Ziekenhuis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kind 1** |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgers Service Nummer |  |
| Medicatiegebruik (ook zelfzorgmiddelen die dagelijks worden gebruikt) | **Naam geneesmiddel** | **Hoeveel mg?** | **Gebruik per dag of per week** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Is uw kind wel eens geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer? | **Aandoening** | **Datum van operatie** |
|  |  |
|  |  |
| Is uw kind onder behandeling van een specialist?Zo ja, waarvoor en bij wie? | **Aandoening** | **Specialist** | **Ziekenhuis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kind 2** |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgers Service Nummer |  |
| Medicatiegebruik (ook zelfzorgmiddelen die dagelijks worden gebruikt) | **Naam geneesmiddel** | **Hoeveel mg?** | **Gebruik per dag of per week** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Is uw kind wel eens geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer? | **Aandoening** | **Datum van operatie** |
|  |  |
|  |  |
| Is uw kind onder behandeling van een specialist?Zo ja, waarvoor en bij wie? | **Aandoening** | **Specialist** | **Ziekenhuis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Kind 3** |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgers Service Nummer |  |
| Medicatiegebruik (ook zelfzorgmiddelen die dagelijks worden gebruikt) | **Naam geneesmiddel** | **Hoeveel mg?** | **Gebruik per dag of per week** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Is uw kind wel eens geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer? | **Aandoening** | **Datum van operatie** |
|  |  |
|  |  |
| Is uw kind onder behandeling van een specialist?Zo ja, waarvoor en bij wie? | **Aandoening** | **Specialist** | **Ziekenhuis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Tekening voor akkoord (tekening door alle gezinsleden van 12 jaar en ouder):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam** | **Datum** | **Handtekening** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HET ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS**

 **JA,** Ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk it Kleaster om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen” van de Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ) is aangegeven.

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

|  |
| --- |
| **Mijn gegevens:** |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Handtekening |  |

 **JA,** Ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk it Kleaster om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen” van de Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ) is aangegeven.

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

|  |
| --- |
| **Mijn gegevens:** |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Geslacht | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Handtekening |  |

*Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.*

*• Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming (zij dienen zelf een formulier in te vullen).*

*• 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 de kinderen voor wie u toestemming geeft** | **Paraaf** |
| Voor- en achternaam |  | JA / NEE |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | M / V |
| Voor- en achternaam |  | JA / NEE |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | M / V |
| Voor- en achternaam |  | JA / NEE |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | M / V |
| Voor- en achternaam |  | JA / NEE |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | M / V |