Begeleidingsbrief nieuwe patiënt

Gezondheidscentrum Leidschenveen

Harriët Freezerhof 195
2492 JC Den Haag

T: (070) – 320 59 50
E: gcleidschenveen@shg.nl

Geachte heer/mevrouw,

Wilt u zich inschrijven bij een huisarts van SHG Gezondheidscentrum Leidschenveen? Volg dan deze stappen:

Stap 1: Vul het inschrijfformulier in

- Vul voor elke persoon een apart inschrijfformulier in.
- Kinderen jonger dan 16 jaar mogen op het formulier van een ouder.
- Vul alle vragen zo volledig mogelijk in.

Stap 2: Lever het inschrijfformulier in en neem een geldig identiteitsbewijs mee

- Lever het ingevulde en ondertekende formulier in bij de balie.
- Iedereen van 16 jaar en ouder moet een eigen ondertekend formulier inleveren.
- Neem van iedereen een geldig identiteitsbewijs mee, zoals een paspoort of rijbewijs.
- De doktersassistente gebruikt deze gegevens om uw medisch dossier aan te maken.

Stap 3: Geef uw nieuwe huisarts door aan uw oude huisarts

- Uw oude huisarts heeft uw medisch dossier. Graag ontvangen wij deze gegevens.
- Neem na uw inschrijving contact op met uw oude huisarts. Vertel dat u een nieuwe huisarts heeft. Wij vragen daarna uw medisch dossier digitaal op.
- Zodra wij uw dossier hebben ontvangen, is uw inschrijving afgerond.

Belangrijk:

- Krijgt u behandeling van een specialist in het ziekenhuis? Geef dan aan het ziekenhuis door wie uw nieuwe huisarts is.
- Wilt u uw medicijnen bij een andere apotheek ophalen? Geef dan de naam van uw nieuwe apotheek door aan uw huidige apotheek.
- Soms nodigt de huisarts u uit voor een kennismakingsgesprek. Dit hangt af van uw medische situatie.

Wanneer kunt u langskomen?

U kunt uw ondertekende inschrijfformulier inleveren en uw identiteitsbewijs laten zien op maandag t/m vrijdag van 8.00 - 10.00 uur, van 10.30 - 12.30 uur of van 14.00 - 17.00 uur.

Heeft u vragen? Neem dan contact op met onze doktersassistentes.

Met vriendelijke groet,
De huisartsen van SHG Gezondheidscentrum Leidschenveen

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Gezondheidscentrum Leidschenveen

Adresgegevens

Achternaam : ..... Meisjesnaam : .....

Voorletter(s) : ..... Roepnaam : .....

Geboortedatum : ..... *(dd/mm/jj)* Nationaliteit : .....

Geslacht : ☐ Man ☐ Vrouw

Adres : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

Telefoon thuis : ..... Mobiele nummer : .....

E-mailadres : .....

BSN-nummer *(sofinummer)* : .....

Zorgverzekering en polisnummer : .....

Kinderen jonger dan 16 jaar:

Voornaam	Achternaam	Geboortedatum	BSN-nummer	Bijzonderheden
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Let op: indien de ruimte bij Bijzonderheden te weinig is, graag een apart formulier voor uw kind invullen!

Oude huisarts

Naam van uw vorige huisarts : .....

Adres van uw vorige huisarts : .....

Telefoonnummer van uw vorige huisarts : .....

Apotheek

☐ Service Apotheek Leidschenveen
☐ Andere apotheek, namelijk : .....

Let op: u dient zich ook bij de apotheek apart in te schrijven.

Heeft u bezwaar als de avond-, weekend- en nachtdokter inzage krijgt in uw dossier zodat hij/zij u beter kan helpen, mocht daar aanleiding voor zijn?

☐ Nee
☐ Ja

Algemene persoonsgegevens

Gezondheidscentrum Leidschenveen

Woonverband

- ☐ Alleenwonend
- ☐ Samenwonend met . . . . . (naam partner)
- ☐ Gehuwd met . . . . . (naam partner)
- ☐ Gescheiden sinds . . . . . (datum)
- ☐ Weduwe/weduwnaar sinds . . . . . (datum)

Heeft u kinderen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik heb . . . kinderen *(a.u.b. aantal vermelden)*

Gezondheid en ziekte

Heeft u ooit klachten gehad van *(a.u.b. zo nodig toelichten)*:

- ☐ Suikerziekte
- ☐ Longziekte (bijv. astma, chronische bronchitis, tbc, etc.)
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Hart- en/of vaatziekte
- ☐ Depressies of angsten
- ☐ Lever- of darmziekte
- ☐ Gewrichtsklachten
- ☐ Schildklierziekten
- ☐ Andere ziekten of klachten *(bijv. operaties of een groot ongeluk)* : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Komen er bij naaste familieleden een van bovengenoemde ziektes of andere ziektes voor? Zo ja, bij wie en wat?

. . . . . .

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, zo ja, waar:

Specialisme	: . . . . .
Behandelend specialist	: . . . . .
Ziekte	: . . . . .
Specialisme	: . . . . .
Behandelend specialist	: . . . . .
Ziekte	: . . . . .

Gebruikt u geneesmiddelen?

Graag voor ieder geneesmiddel opnoemen hoe vaak per dag en hoeveel milligram/ microgram.

- ☐ Nee
- ☐ Ja, zo ja wat:

Medicijn	:	Dosering : . . . . .
Medicijn	:	Dosering : . . . . .
Medicijn	:	Dosering : . . . . .
Medicijn	:	Dosering : . . . . .

Bent u allergisch of overgevoelig?

- ☐ nee
- ☐ geneesmiddelen
- ☐ bepaald eten of drinken
- ☐ anders, namelijk : . . . . . .

Heeft u ooit een griepvaccinatie gehad?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, reden : . . . . . .

Heeft u moeite met lezen en/of schrijven?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Hoe bent u bij ons terecht gekomen?

- ☐ Door te zoeken naar een nieuwe huisarts op internet:
  - ☐ Google
  - ☐ Mijnpraktijk.nl
  - ☐ Zorgkaartnederland.nl
  - ☐ Anders, namelijk: . . . . . .
- ☐ Via iemand die ook bij dit gezondheidscentrum ingeschreven staat
- ☐ Anders, namelijk : . . . . . .

Privacy van uw gegevens

Wij bewaren en gebruiken uw gegevens. Dit is nodig om u goede zorg te geven en de kosten van uw behandeling te regelen. Wij gaan zorgvuldig met uw gegevens om en beschermen deze goed.

Soms gebruiken wij medische gegevens ook om onze zorg te verbeteren. Dan kan niemand zien dat deze gegevens van u zijn. Heeft u vragen over het gebruik van uw gegevens? Bespreek dit dan met uw zorgverlener. Meer informatie vindt u op: http://shg.nl/privacyverklaring.

Toestemming gegevensuitwisseling

Soms hebben andere zorgverleners, zoals de huisartsenpost, uw medische gegevens nodig om u goed te kunnen helpen. Wij mogen deze gegevens alleen delen als u daarvoor toestemming geeft.

Op MijnMitz.nl kunt u aangeven of u uw gegevens wilt delen. Log in met uw DigiD om uw keuzes te bekijken of aan te passen. In Mitz worden alleen uw keuzes opgeslagen. Uw medische gegevens staan niet in Mitz. U kunt uw toestemming altijd wijzigen.

Ik verklaar bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld:

Handtekening	**Plaats**	**Datum**
. . . . .	. . . . .	. . . . .