

Geachte heer, mevrouw,

U wilt zich inschrijven als patiënt bij Huisartsenpraktijk ZuiderEs.

Voordat wij tot inschrijving kunnen overgaan, plannen we graag eerst een kennismakingsgesprek.

Wilt u naar dit gesprek het volgende meenemen:

1. Het ingevulde inschrijfformulier
2. Het ingevulde formulier Medische gegevens
3. Het ondertekende formulier Praktijkregels
4. Een geldig identiteitsbewijs

Wij declareren de kosten voor de medische zorg conform de door de NZa vastgestelde tarieven rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar. Eventueel eigen risico wordt door uw verzekeraar bij u in rekening gebracht. Kosten die niet bij uw verzekeraar kunnen worden gedeclareerd, brengen wij rechtstreeks bij u in rekening.

Tot slot verzoeken wij u vriendelijk om u in te schrijven bij één van de apotheken in Rijssen. Dit kan online via de website van de betreffende apotheek.

Met vriendelijke groet,

B.L. Brinks
J. de Jongh – van Hoof
A.E. Keja
A.M.W. Smit
Huisartsen

Huisartsenpraktijk ZuiderEs
Wijnand Zeeuwstraat 26-003
7462DE Rijssen
Tel. 0548 – 51 25 63

E-mail: info@zuideres.nl
Website: www.zuideres.nl

PRAKTIJKREGELS

Respect

Binnen onze praktijk behandelen wij elkaar en onze patiënten met respect.

Mocht u zich niet correct bejegend voelen en heeft u hierover een klacht, dan kunt u contact met ons opnemen of het klachtenformulier op onze website invullen.

Wanneer één van onze medewerkers zich onheus bejegend voelt, zal één van de huisartsen hierover contact met u opnemen.

Uw adres

Om u bij ons in te kunnen schrijven, dient u woonachtig te zijn binnen ons werkgebied.



Uw medisch dossier

Volgens de Zorgverzekeringswet kunt u slechts bij één huisarts ingeschreven staan.

Met uw toestemming vragen wij uw medisch dossier op bij uw vorige huisarts. U bent zelf verantwoordelijk voor het informeren van uw vorige huisarts over uw overstap.

No-show beleid

Het kan gebeuren dat u door omstandigheden niet op een afspraak kunt verschijnen. Bij onverwachte crisissituaties hebben wij uiteraard begrip.

Bij herhaaldelijk niet verschijnen zonder afmelding brengen wij een wegblijftarief in rekening. Deze kosten komen voor uw eigen rekening.

Minderjarigen

- Voor kinderen jonger dan 16 jaar moet minimaal ook één ouder/verzorger bij ons zijn ingeschreven. Deze ouder/verzorger ondertekent namens het kind.
- Bij gezamenlijk ouderlijk gezag dienen beide ouders/verzorgers te tekenen voor de inschrijving.
- Jongeren vanaf 16 jaar tekenen zelf voor hun inschrijving. Dit is vastgelegd in de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Wijziging persoonsgegevens

Informeer ons tijd bij:

- Verhuizing
- Overstap naar een andere huisarts
- Wijziging van contactgegevens (bijvoorbeeld telefoonnummer of e-mailadres).

Privacy (Algemene Verordening Gegevensbescherming)

Wij hebben een privacyreglement opgesteld waarin staat hoe wij met uw persoonsgegevens omgaan. Dit document kunt u vinden op onze website: www.zuideres.nl

Medische gegevens worden uitsluitend met uw toestemming aan derden verstrekt. Belt u namens een familielid? Dan hebben wij schriftelijke toestemming van deze persoon nodig voordat wij medische gegevens of uitslagen met u mogen bespreken.

Verklaring

Ondergetekende verklaart hierbij de praktijkregels te hebben gelezen en daarvan op de hoogte te zijn.

Naam:

Geboortedatum:

Rijssen, (datum)

Handtekening patiënt/ ouder(s) / voogd(en)

INSCHRIJFFORMULIER

Let op: Vul voor iedere persoon die zich wil inschrijven een apart inschrijfformulier in.

Belangrijk: Voor kinderen jonger dan 16 jaar of personen die onder bewind of mentorschap staan, dient u het speciale inschrijfformulier te gebruiken dat specifiek voor deze situatie is bedoeld.

Persoonsgegevens	
Achternaam	Dhr./mevr.
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Voorletters (+roepnaam)	
Geboortedatum	
BSN	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer(s)	Vast: Mobiel:
E-mailadres	
Contactpersoon en telefoonnummer	
Zorgverzekeraar (+polisnummer)	
Gewenste apotheek	<input type="checkbox"/> Apotheek Medisch Centrum Rijssen <input type="checkbox"/> Rijssense Apotheek (Haarstraat) <input type="checkbox"/> Apotheek De Weijerd <input type="checkbox"/> Apotheek Rijssen Noord (Dokter Stokkersstraat)
Naam vorige huisarts / woonplaats	
Gezinssamenstelling	<input type="checkbox"/> Alleenwonend <input type="checkbox"/> Samenwonend met: <input type="checkbox"/> Gehuwd met: <input type="checkbox"/> Gescheiden sinds: <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwnaar sinds:
Indien van toepassing: <i>Let op! Uw partner dient een apart inschrijfformulier in te vullen.</i>	
Kinderen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, thuiswonend, aantal: <input type="checkbox"/> Ja, uitwonend, aantal:
Indien van toepassing: <i>Let op! voor uw kinderen dient u een apart inschrijfformulier in te vullen.</i>	
Nationaliteit	
Datum inschrijving	

Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens via het **LSP** beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners (zoals de huisartsenpost):

JA NEE

Voor meer informatie over het LSP: www.mitz-toestemming.nl

Toestemming voor dossieroverdracht

JA Ik geef hierbij toestemming aan mijn vorige huisarts, dokter
om mijn medisch dossier elektronisch via ZorgFileTransfer over te dragen aan mijn nieuwe
huisarts, Huisartsenpraktijk ZuiderEs, AGB-code praktijk 01-051733

Naam:

Geboortedatum:

Rijssen, (datum)

Handtekening patiënt/ ouder(s) / voogd(en)

Let op:

Indien u geen toestemming geeft voor overdracht van uw medisch dossier naar Huisartsenpraktijk
ZuiderEs, kunnen wij u helaas geen verantwoorde en volledige zorg verlenen. Zonder
dossieroverdracht kunnen wij uw inschrijving daarom niet in behandeling nemen.

MEDISCHE GEGEVENS

Zou u dit formulier ingevuld mee willen nemen naar het kennismakingsgesprek?

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) bent u verplicht uw huisarts volledig te informeren over uw gezondheid.

Datum kennismakingsgesprek :	
Naam	
Geboortedatum	
Reden van verhuizing/ verandering huisarts	
Religie/kerk	
Opleiding / beroep / werkzaamheden buitenshuis	<input type="checkbox"/> Ik werk als: <input type="checkbox"/> Ik ben werkloos sinds: <input type="checkbox"/> Ik ben arbeidsongeschikt sinds: <input type="checkbox"/> Ik studeer (svp studie invullen):
Staat u geregistreerd als donor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Maakt u gebruik van de griepvaccinatie? <i>Op indicatie of leeftijd 60 jaar en ouder</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Maakt u gebruik van de pneumococcenvaccinatie? <i>Indicatie leeftijd 60 t/m 75 jaar</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Relevante medische voorgeschiedenis (huidige en doorgemaakte aandoeningen)
Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist? Noteer de naam van de specialist en het ziekenhuis
<input type="checkbox"/> Nee. <input type="checkbox"/> Ja, specialisme:
Gebruikt u geneesmiddelen? Noteer de naam, sterkte en dosering

Bent u overgevoelig / allergisch voor:	
• Geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke :
• Bepaald eten of drinken?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke :
• Andere stoffen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke :
Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?	
Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie:
Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie:
Hart- en vaatziekten/ Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie: Vanaf leeftijd:
Kanker en soort kanker	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie:
Astma of COPD	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie:
Psychische ziekten	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie:

Doet u aan sport/lichaamsbeweging?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (welke):
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Nee, nooit gerookt. <input type="checkbox"/> Ja, sigaret(ten) per dag. <input type="checkbox"/> Voorheen. Gestopt per:
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Jaglazen per dag/week
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Bent u ooit slachtoffer geweest van geweld? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Samenstelling gezin van herkomst	
Heeft u een levenswensverklaring? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	

Overige zaken die voor ons van belang kunnen zijn

In te vullen door praktijkmedewerker

Afspraak inplannen:

POH | POH-GGZ | Praktijkassistente | Huisarts

- CVRM: 50 jaar of ouder | VG Zwangerschap en hypertensie/diabetes
- Atriumfibrilleren
- Diabetes
- COPD
- Astma
- Ouderenzorg
-