

Geachte heer, mevrouw,

U wilt zich inschrijven als patiënt bij **Huisartsenpraktijk Overschie**.

Wilt u bijgaande formulieren invullen en **persoonlijk** bij ons inleveren, tezamen met een **kopie van uw identiteitsbewijs en kopie van de zorgverzekeringspolis of -pas**.

Zonder deze kopieën kunnen wij uw inschrijving **niet** in behandeling nemen.

Wij ontvangen graag, onderstaande formulieren compleet ingevuld, van u retour:

1. Inschrijfformulier
2. Medische gegevens
3. Toestemmingsformulier voor het LSP
4. Aanmeldingsformulier MijnGezondheid.net
5. Kopie identiteitsbewijs
6. Kopie zorgverzekeringspolis of -pas

**Wilt u per omgaande uw medische dossier telefonisch opvragen bij uw vorige huisarts en deze digitaal laten versturen naar ons?**

Laat u zich in elk geval direct uitschrijven bij uw vorige huisarts. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet kunt u maar bij één huisarts staan ingeschreven.

Wij declareren de kosten voor de medische zorg volgens door het NZA vastgestelde tarieven rechtstreeks aan uw zorgverzekeraar. De verzekeraar verrekent met u het eventueel eigen risico.

Voor kosten die wij niet bij uw zorgverzekeraar kunnen innen, krijgt u zelf een rekening.

Met vriendelijke groet,

**Huisartsenpraktijk Overschie**

Rotterdamse Rijkweg 130

3042 AS Rotterdam

Tel: 010 – 415 75 12

Fax: 010 – 245 78 87

E: [info@huisartsoverschie.nl](mailto:info@huisartsoverschie.nl)

W: [www.huisartsoverschie.nl](http://www.huisartsoverschie.nl)



Plus-  
praktijk

## INSCHRIJFFORMULIER

Achternaam : dhr./ mevr. ....

Meisjesnaam : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geboortedatum : .....

BSN : .....

Burgerlijke staat : alleenwonend/samenwonend/gehuwd/gescheiden

Straat en huisnummer : .....

Postcode en woonplaats : .....

Telefoonnummer(s) : .....

E-mailadres : .....

Zorgverzekeraar (+ UZOVI nr.) : .....

Polisnummer/Relatienummer : .....

Gewenste apotheek : .....

Naam vorige huisarts/woonplaats: .....

Geloofsovertuiging : .....

Nationaliteit : .....

Studierichting / beroep : .....

Werk : werkzaam / werkeloos/ arbeidsongeschikt/  
gepensioneerd / anders: .....

Donorcodicil : Ja / Nee

Euthanasieverklaring : Ja / Nee

### 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 Overschie, dokter V.T. Nguyen, praktijk AGB-code 01-057960**

Rotterdam, ..... (datum) Handtekening: .....

*\*Indien u niet mee akkoord gaat met de overdracht van uw medisch dossier naar Huisartsenpraktijk Overschie,  
kunnen wij u helaas geen adequate zorg verlenen; derhalve zullen wij uw inschrijving niet aannemen.*

**MEDISCHE GEGEVENS**

*Wij stellen het op prijs, als u dit formulier over uw gezondheid wilt invullen.  
Als uw huishouden uit meer dan één persoon bestaat, graag voor iedere persoon een apart formulier invullen, ongeacht leeftijd.*

Lijdt u of heeft u geleden aan ziektes als suikerziekte, Astma / COPD, hoge bloeddruk ,  
hoog cholesterol, hart en vaatziekten, psychische aandoeningen, maag-, darm- en/of  
leveraandoeningen, gewrichtsklachten, nierziekten of schildklier-aandoeningen?

.....  
.....

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?  
Zo ja, welke specialist en waar?

.....

Heeft u weleens een operatie ondergaan?  
Zo ja, waaraan en wanneer?

.....

Gebruikt u geneesmiddelen?  
Zo ja, welke? (naam medicijn, sterkte en dosering)

.....  
.....  
.....

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of stoffen? Zo ja, welke middelen / stoffen?

.....

Rookt u?

Nee, nooit gerookt.

Ja, ..... sigaretten per dag    Ja, voorheen gerookt. Gestopt per: .....

Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?  
Zo ja, welke en bij wie (vader/moeder/broer/zus etc.)?

- |  |          |                |
|--|----------|----------------|
| * suikerziekte                         | bij wie: |                |
| * longziekten (Astma / COPD)           | bij wie: |                |
| * hoge bloeddruk                       | bij wie: | V.a. leeftijd: |
| * hoog cholesterol                     | bij wie: |                |
| * hart en vaatziekten                  | bij wie: | V.a. leeftijd: |
| * beroerte of hersenbloeding           | bij wie: | V.a. leeftijd: |
| * psychische aandoeningen              | bij wie: |                |
| * nierziekten                          | bij wie: |                |
| * kanker en soort kanker               | bij wie: |                |
| * maag-, darm- en/of leveraandoeningen | bij wie: |                |
| * gewrichtsklachten                    | bij wie: |                |
| * schildklierziekten                   | bij wie: |                |

Als er dingen zijn waarvan u denkt dat ze voor de huisarts van belang zijn om te weten, kunt u dat hier vermelden.

.....

.....

.....

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.**

# TOESTEMMINGSFORMULIER

## ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS



**In de loop van dit jaar gaan de huisartsenpost en de huisartsen in deze regio zich aansluiten op het Landelijk Schakelpunt. Met dit computersysteem kan op de Huisartsenpost een samenvatting van uw medische gegevens opgehaald worden, indien u zich daar meldt. Bij de dienstapothek kunnen uw medicatiegegevens ingezien worden.**

**Wij hebben hiervoor uw toestemming nodig.**

**Vul daarom dit formulier in of ga naar de website [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl).**

**Zie de website [www.vzvz.nl/informatiepunt](http://www.vzvz.nl/informatiepunt) voor meer informatie.**

Ik geef toestemming aan <b>mijn huisarts</b> om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP voor raadpleging door andere zorgverleners <sup>1</sup> .	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>
Ik geef toestemming aan <b>mijn apotheek</b> om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP voor raadpleging door andere zorgverleners <sup>1</sup> .	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>

### MIJN GEGEVENS

Achternaam: ..... Voorletters:.....  M  V

Adres:.....

Postcode en plaats:.....

E-mail: ..... Geboortedatum:.....

HUISARTS: **Huisartsenpraktijk Overschie /dhr. V.T. Nguyen, huisarts**  
 APOTHEEK.....

Datum:..... Handtekening: .....

**INDIEN U EEN PARTNER HEEFT, DIENT DEZE EEN APART FORMULIER IN TE VULLEN. DE GEGEVENS VAN EVT. KINDEREN HOEVEN MAAR EENMALIG INGEVULD TE WORDEN.**

### HEEFT U KINDEREN MINDERJARIGE 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

Voor- en achternaam: ..... Geboortedatum: .....	Toestemming aan huisarts Toestemming aan apotheek	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>
Voor- en achternaam: ..... Geboortedatum: .....	Toestemming aan huisarts Toestemming aan apotheek	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>
Voor- en achternaam: ..... Geboortedatum: .....	Toestemming aan huisarts Toestemming aan apotheek	<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b> <input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>

\_\_\_\_\_

## ONLINE COMMUNICEREN MET UW HUISARTS

Wilt u een e-mail vraag stellen aan uw huisarts?

Een online afspraak maken voor het spreekuur of inzage hebben in uw medisch dossier?

Dat kan vanaf heden via [MijnGezondheid.net](https://www.mijngezondheid.net),

het patiëntenportaal voor online communicatie tussen de patiënt en de huisarts.

**JA** ik wil voortaan **ONLINE** mijn gezondheidszaken regelen.

Naam en voorletters: \_\_\_\_\_

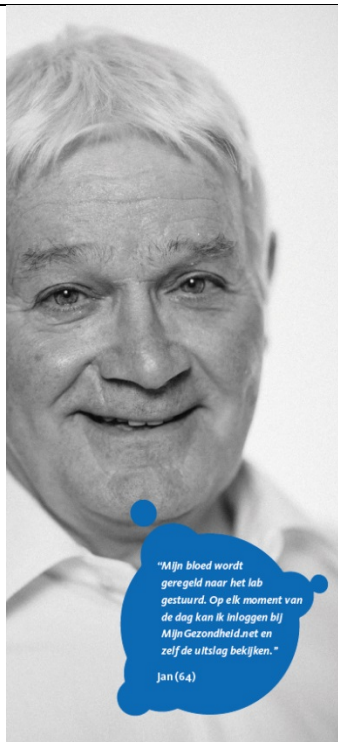
Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Mobiele telefoonnr.: \_\_\_\_\_

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

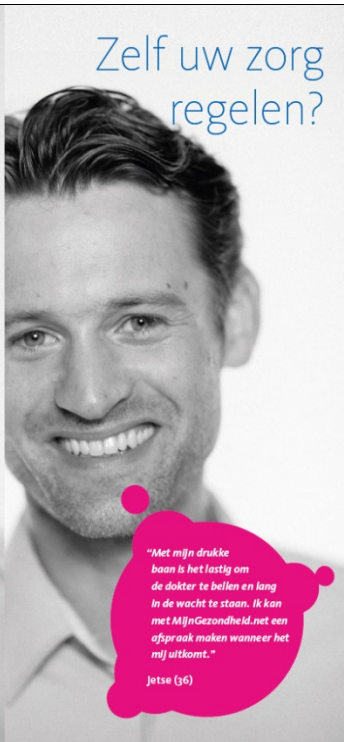
Lever dit aanmeldingsformulier ingevuld in bij de praktijkassistente of meld u aan per e-mail: [info@huisartsoverschie.nl](mailto:info@huisartsoverschie.nl)

Nadat wij uw gegevens hebben geactiveerd, ontvangt u een e-mail van ons. Daarna kunt u meteen inloggen met uw **DigiD met sms-code** op [www.huisartsoverschie.nl](https://www.huisartsoverschie.nl)



"Mijn bloed wordt geregeld naar het lab gestuurd. Op elk moment van de dag kan ik inloggen bij MijnGezondheid.net en zelf de uitslag bekijken."

Jan (64)



Zelf uw zorg regelen?

"Met mijn drukke baan is het lastig om de dokter te bellen en lang in de wacht te staan. Ik kan met MijnGezondheid.net een afspraak maken wanneer het mij uitkomt."

Jitse (36)



"Vragen aan mijn huisarts stel ik tegenwoordig thuis achter mijn computer, via het e-Consult van MijnGezondheid.net."

Nika (28)

### Uw privacy staat voorop

Om er voor te zorgen dat uw gegevens goed beveiligd zijn, logt u in op [MijnGezondheid.net](https://www.mijngezondheid.net) met uw DigiD met sms-verificatie.



Heeft u nog geen DigiD met sms?

Ga naar [www.digid.nl](https://www.digid.nl) om het aan te vragen.

### De voordelen

- Goed beveiligd, persoonlijk zorgdossier
- Praktijk 24/7 bereikbaar
- Online een afspraak maken
- Vraag stellen via het e-Consult
- Herhaalrecepten aanvragen
- Medicatiepaspoort inzien en afdrucken
- Onderzoekresultaten bekijken
- Uw eigen medisch dagboek

