



# Huisartsen Gezondheidscentrum Spoorlaan

Spoorlaan 20, 2908 BG Capelle aan den IJssel [www.gcspoorlaan.nl](http://www.gcspoorlaan.nl)

## INSCHRIJFFORMULIER

- Praktijk Al Saudi tel: 010 – 451 79 59
- ~~Praktijk Hordijk / Wassink tel: 010 – 458 36 11~~ GESLOTEN
- Praktijk Van Oort / Borsboom tel: 010 – 451 62 22
- ~~Praktijk Saat tel: 010 – 442 35 38~~ GESLOTEN

Ondergetekende: (graag voor elke persoon een formulier invullen)

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail	
Geboortedatum	Geslacht: M / V*
BSN	
ID-bewijs	ID-kaart/paspoort/verblijftitel* nummer: _____
Zorgverzekeraar	
Verzekeringsnummer	

Invullen door HA-praktijk

- ION  BSN
- COV  WID
- LSP  MGn
- ZMT  SCAN
- Controle NAW/tel/mail
- Medicom omgezet
- Gescreend HA

**Bij inleveren van dit formulier ID -kaart/ paspoort tonen**  
**Graag inleveren met een kopie zorgverzekeringspas**

Verklaart hierbij dat hij/zij per \_\_\_\_\_ (datum invullen) als patiënt(e) wil worden ingeschreven bij hierboven aangegeven praktijk.

	Graag afmelden bij de oude huisarts en toestemming geven voor overdracht van het dossier.
Vorige huisarts	
Woonplaats	
Ik geef WEL/GEEN* toestemming voor LSP (elektronische uitwisseling medische gegevens met collega zorgverleners). Meer informatie op: <a href="http://www.vzvz.nl">www.vzvz.nl</a>	
U kunt uw medisch dossier online inzien via <a href="http://www.mijngezondheid.net">www.mijngezondheid.net</a> . Wanneer u uw dossier wilt inzien kunt u dit hieronder aangeven, de huisarts zal uw dossier "open" zetten.	
Ik wil WEL/GEEN* gebruik maken van de mogelijkheid tot online inzage van mijn dossier	

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

\* Doorhalen wat niet van toepassing is  
Versie 21 december 2021





# Huisartsen Gezondheidscentrum Spoorlaan

Spoorlaan 20, 2908 BG Capelle aan den IJssel [www.gcspoorlaan.nl](http://www.gcspoorlaan.nl)

1. Gebruikt u medicijnen?  ja  nee

Naam geneesmiddel:

Hoeveel MG:

Gebruik per dag:

Tijdstip inname:

8u 12u 18u 22u

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? Denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint janskruid etc.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Bent u overgevoelig / allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen (bijv. penicilline, lactose)? Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen, wat zijn de bijwerkingen?

Geneesmiddel / hulpstof(fen):

Bijwerkingen:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts hiervan op de hoogte moet zijn voordat het dossier is overgedragen door de oude huisarts?

_____
_____
_____