

HUISARTSENPRAKTIJK RHIJNGEEST

Rustenburger tuin 8
2342 CX Oegstgeest
Tel: 071-2020025
Mail: praktijk@huisartsenpraktijkrhijngeest.nl



ACCM Groffen, AGB 01102515
RWJF van Geldre, AGB 01022311
AGB code praktijk 01008885

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Persoonsgegevens:

Familienaam/Meisjesnaam : M / V
Voorletters & roepnaam :
Geboortedatum :
Straatnaam & huisnummer :
Postcode & woonplaats :
Telefoonnummer :
Mobiele nummer :
Email adres :

Naam verzekering :
Verzekeringsnummer :
BSN Nummer :

Gewenste Apotheek :

Beroep :
Geloof :
Burgerlijke staat :
Nationaliteit :
Land van herkomst :

Hierbij verklaart patiënt bij bovenstaande huisarts in zijn praktijk op naam te zijn ingeschreven en geeft toestemming om zijn/haar dossier over te nemen van de vorige huisarts.

Handtekening + datum :

In te vullen door de arts tijdens kennismakingsgesprek

Documentnummer
Identiteitskaart, rijbewijs of
paspoort :

Gegevens vorige huisarts:

Naam :
Straatnaam/nummer :
Postcode/plaats :

Het is de bedoeling dat u zelf aangeeft bij uw vorige huisarts dat het dossier overgeschreven mag worden.

Zodra wij dit inschrijfformulier en het medisch dossier hebben ontvangen, bent u ingeschreven en kunt u een afspraak maken op de praktijk.

Medische gegevens:

Lengte :
Gewicht :

Gebruikt u medicijnen, zo ja welke & de dosering

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

Bent u onder behandeling van een medisch specialist, zo ja welke en waarvoor?

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

Bent u onder controle bij de praktijkondersteuner (POH) voor:

Verhoogde bloeddruk, hart en vaatziekten of suikerziekte?

0 ja 0 nee

Astma of COPD?

0 ja 0 nee

Bent u ergens overgevoelig voor

0 ja * 0 nee

* Zo ja, waarvoor?.....
.....

Krijgt u elk jaar een griepvaccinatie op medische indicatie?:

0 ja 0 nee

Rookt u:

0 ja* **0 voorheen**** **0 nooit**

**Hoeveel sigaretten per dag? Hoeveel jaren?*

*Wilt u op korte termijn stoppen met roken? **0 ja** **0 nee***

*** Hoeveel jaren heeft u gerookt? Wanneer bent u gestopt?*

.....

Drinkt u alcohol, zo ja hoeveel glaasjes op een dag

0 nee **0 ja:**

Welke sport(en) beoefent u:

.....

.....

Bent u zwanger

0 ja* **0 nee**

** zo ja, wat is de uiterekende datum.....*

Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt (zo kunnen andere zorgverleners (zoals de huisartsenpost), toegang krijgen tot uw dossier wanneer het nodig is)? **0 ja** **0 nee**

Heeft u een wilsbeschikking / Levenstestament? **0 ja*** **0 nee**

** Graag een kopie van het medische gedeelte inleveren bij de assistente voor in uw dossier.*

Is er nog iets waarvan u het belangrijk vindt dat wij het weten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HUISARTSENPRAKTIJK RHIJNGEEST

Rustenburgertuin 8
2342 CX Oegstgeest
Tel:071-2020025
Mail: praktijk@huisartsenpraktijkrhijngeest.nl

ACCM Groffen, AGB 01102515
RWJF van Geldre, AGB 01022311
AGB code praktijk 01008885

Van: de praktijk (verwerkingsverantwoordelijke): R.W.J.F. van Geldre

Doel: deze informatie wordt verstrekt aan iedere cliënt.

Basis: Algemene Verordening Gegevensbescherming EU 2016/679. EU Privacy wetgeving.

Uw privacy en uw persoonsgegevens

Wij informeren u graag over de verwerking van uw persoonsgegevens.

Uw persoonsgegevens en medische gegevens slaan wij digitaal op. Dit doen wij om goede zorg aan u te kunnen verlenen. Het opslaan van uw gegevens doen wij volgens ons privacy- en dataveiligheidsbeleid. U gaat hiermee akkoord doordat u uw zorg door onze praktijk laat uitvoeren. Door dit formulier te ondertekenen en aan ons te geven, geeft u aan van uw rechten kennis te hebben genomen, en akkoord te gaan met onze verwerking.

Zo gaan wij met uw persoonsgegevens om:

- Uw persoonsgegevens slaan wij op en gebruiken we zodat wij goede zorg aan u kunnen verlenen.
- Uw gegevens geven wij alleen door aan derden door als dat nodig is voor het leveren van goede zorg. Indien hiervoor op basis van de wet specifieke toestemming is vereist, vragen we die vooraf aan u.
- Uw gegevens verwerken wij op basis van de behandelovereenkomst zoals beschreven in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- U kunt onderdelen van uw persoonsgegevens bekijken. Stuurt u ons dan een schriftelijk verzoek.
- Als u vindt dat de gegevens die wij van u hebben opgeslagen niet correct zijn, mag u ons schriftelijk vragen om uw gegevens aan te passen.
- U kunt ons vragen om uw persoonsgegevens te wissen. Als wij dit doen kunnen wij (mogelijk) niet langer verantwoorde zorg aan u verlenen. De WGBO vereist een bewaartermijn van 15 jaar. Daarom zullen wij in dit geval uw gegevens niet wissen, maar labelen als 'niet actief'.
- U kunt uw toestemming tot onze verwerking van uw persoonsgegevens intrekken. Wij kunnen dan (mogelijk) geen verantwoorde zorg garanderen. Wij labelen uw gegevens in dit geval als 'niet actief'.
- U kunt bij ons bezwaar maken als u het niet eens bent met de manier waarop wij uw persoonsgegevens verwerken.
- U krijgt bericht van ons als er iets mis is gegaan met uw persoonsgegevens.
- Uw gegevens verwerken wij niet langer dan nodig is voor het leveren van goede zorg. Wij houden ons aan de bewaartermijnen van de WGBO.
- Al het bovenstaande geldt ook voor persoonsgegevens die wij via derden ontvangen.

Ik geef toestemming mijn persoonsgegevens te verwerken onder de bovenstaande voorwaarden	
Volledige naam patiënt:	
Handtekening patiënt:	
Datum:	