

# HUISARTSEN PRAKTIJK HOHMANN & DE VET

## Aanmeldformulier nieuwe patiënten

Weteringstraat 227  
3061PN Rotterdam  
T 010 – 452 7792 F010 – 212 0601

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

### Persoonsgegevens: familielid 1

Naam (incl. meisjesnaam)*			M / V*
Voorletters*			
Roepnaam			
Geboortedatum*			
BSN*			
Adres			
Beroep / opleiding			
Zorgverzekeraar (+ UZOVI code)*			
Tel + email	Tel vast		
	Tel mobiel	06-	
	email		

### Apotheek:

- Apotheek Ramleh (apothek in gezondheidscentrum Levinas)
- Apotheek Kralingen, Mecklenburglaan
- Apotheek Rozenburg, Oudedijk
- Anders, nl \_\_\_\_\_ -

**LET OP!!!! NIET VERGETEN EEN KOPIE VAN UW IDENTITEITSBEWIJS\* TOE TE VOEGEN**

### Verklaring van Inschrijving

Ondergetekende verklaart hierbij dat onderstaande personen als vaste patiënt staan ingeschreven bij  
Huisartsenpraktijk Hohmann & de Vet per:

datum..... handtekening.....

U kunt het volledig ingevulde formulier inclusief kopie van uw ID langsbrengen, opsturen of mailen naar  
assistent@hohmanndevet.nl

## Landelijk Schakel Punt (LSP)

Als u in de avond of weekend naar de huisartsenpost te moet, is het belangrijk dat de huisarts die u treft beschikt over de juiste informatie over uw kwalen en medicijnen. Indien u bent aangesloten op het LSP kan de huisarts op de huisartsenpost de belangrijkste gegevens uit uw dossier inzien zodat zij uw klachten zo goed mogelijk kunnen inschatten. Ook kan dan zoveel mogelijk over- of onderbehandeling of onnodig ziekenhuisbezoek worden voorkomen! In een Apotheek kunnen ze de actuele medicatie opvragen zodat u geen medicatie kan voorgeschreven krijgen die niet bij uw andere medicatie past of waar u allergisch voor bent.

### Wij als Huisartsenpraktijk Hohmann & de Vet zijn daarom voorstander van aanmelden bij het LSP.

De uitgebreide informatie kan je lezen op <https://www.volgiezorg.nl>. Een informatiefolder is voor u beschikbaar op de praktijk.

**Vindt U dit ook een goed idee?** Zet een kruisje bij uw keuze en plaats uw handtekening. Als u niet wilt worden aangesloten op het LSP willen wij dit ook graag weten. Vult u dan ook uw keuze in!

## Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via LSP

(aankruisen wat van toepassing is)

- Ik geef **WEL** toestemming aan Huisartsenpraktijk Hohmann & de Vet om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.  
Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)
  
- Ik geef **GEEN** toestemming aan Huisartsenpraktijk Hohmann & de Vet om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.  
Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)

Handtekening

\_\_\_\_\_

datum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -2018

Naam \_\_\_\_\_

U kunt het volledig ingevulde formulier inclusief kopie van uw ID langsbrengen, opsturen of mailen naar [assistent@hohmanndevet.nl](mailto:assistent@hohmanndevet.nl)

Gegevens vorige huisarts:

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
telefoon	
fax	

Het betreft de volgende personen/familieleden:

Naam	Voorletters	Geboorte datum	BSN nummer

**NB- Graag verzoeken wij u om contact op te nemen met uw oude huisarts om uzelf af te melden als patiënt.**

Datum:.....

Naam: ..... Handtekening:.....

naam

geb datum

**Medische informatie:** vul graag de informatie zo compleet mogelijk in

Operaties + jaartal	<input type="checkbox"/> heupoperatie links / rechts jaar: <input type="checkbox"/> galblaasoperatie jaar <input type="checkbox"/> bypass operatie hart jaar <input type="checkbox"/> operatie bloedvaten buik/benen jaar <input type="checkbox"/> operatie darmen jaar <input type="checkbox"/> liesbreukoperatie jaar <input type="checkbox"/> prostaatoperatie jaar <input type="checkbox"/> borst operatie/amputatie jaar <input type="checkbox"/> anders _____  <input type="checkbox"/> anders _____  <input type="checkbox"/> anders _____
Aandoeningen	Heeft u ooit klachten gehad van: <input type="checkbox"/> suikerziekte <input type="checkbox"/> astma / chronische bronchitis (CARA)/ COPD <input type="checkbox"/> tuberculose (TBC) <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> hart- en vaatziekten <input type="checkbox"/> overspanning <input type="checkbox"/> depressie of angsten <input type="checkbox"/> een eetstoornis <input type="checkbox"/> lever- of darmziekte <input type="checkbox"/> aanhoudende gewrichtsklachten <input type="checkbox"/> geslachtsziekte (SOA) <input type="checkbox"/> schildklierziekte <input type="checkbox"/> verblijfscatheter <input type="checkbox"/> geheugenproblemen / dementie <input type="checkbox"/> plasklachten / prostaatproblemen <input type="checkbox"/> kanker in het verleden, namelijk _____
Zijn er andere ernstige aandoeningen dan boven beschreven?	1-  2-  3-  4-
Bent u momenteel onder behandeling van een specialist? Zo ja welke en in welk ziekenhuis?	1- Ziekenhuis:  2- ziekenhuis  3- ziekenhuis  4- ziekenhuis

Allergieën en intoleranties (medicatie, Jodium)	
Overige vragen	<p>Rookt u?    <input type="checkbox"/> nee    <input type="checkbox"/> ja, per dag _____ sigaretten/sigaren</p> <p>Hoeveel glazen alcohol drinkt u gemiddeld per week? _____ glazen.</p> <p>Lengte _____                      gewicht _____</p>
MEDICATIE	APARTE LIJST TOEVOEGEN SVP
Overige Bijzonderheden	

Naam

geb datum