

Geachte heer, mevrouw,

U wilt zich inschrijven als patiënt bij Huisartsenpraktijk ZuiderEs.

Vóór eventuele inschrijving moet er een kennismakingsgesprek plaatsvinden.

Wilt u het volgende meenemen naar het kennismakingsgesprek:

1. Ingevuld inschrijfformulier
2. Ingevuld formulier medische gegevens
3. Getekend formulier praktijkregels
4. Geldig identiteitsbewijs

Wij declareren de kosten voor de medische zorg conform de, door de 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.

Tot slot willen we u vriendelijk verzoeken om u in te schrijven bij één van de apotheken in Rijssen, dit kan online via de website van de desbetreffende apotheek.

Met vriendelijke groet,

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: [zuideres@ezorg.nl](mailto:zuideres@ezorg.nl)

Website: [www.zuideres.nl](http://www.zuideres.nl)

## PRAKTIJKREGELS

### Respect

In deze praktijk behandelen wij elkaar en de patiënten met respect. Mocht u zich niet goed behandeld voelen en mocht u hierover een klachten hebben dan kunt u contact met ons opnemen of via onze website het klachtenformulier invullen.

Mocht één van onze collega's zich onheus bejegend voelen dan neemt één van de artsen contact met u op.

### Uw adres

U moet in ons werkgebied wonen om bij ons ingeschreven te kunnen worden.



### Uw dossier

Volgens de Zorgverzekeringswet kunt u maar bij één huisarts ingeschreven staan. Met uw toestemming kunnen wij uw dossier bij uw vorige huisarts opvragen. U moet zelf uw vorige huisarts op de hoogte stellen.

### No-show beleid

Voor het niet of te laat verschijnen op een gemaakte afspraak kunnen er altijd begrijpelijke redenen zijn. Onverwachte crisissituaties kunnen zich altijd voordoen, daar hebben wij alle begrip voor. Bij herhaaldelijk niet verschijnen brengen wij een wegblijftarief in rekening. Deze komt voor uw eigen kosten.

### Minderjarigen

Voor minderjarigen onder de 16 jaar, moet minimaal ook één ouder/verzorger bij ons ingeschreven staan. Deze ouder/verzorger ondertekent namens de minderjarige. Na een echtscheiding met gezamenlijk ouderlijk gezag, moeten beide ouders tekenen voor de inschrijving van het kind.

Jongeren vanaf 16 jaar tekenen zelf voor de inschrijving. Dit staat vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens.

### Wijziging persoonsgegevens

Informeer ons:

- ingeval u gaat verhuizen
- een andere huisarts heeft gevonden.
- bij wijziging van uw contactgegevens (bijv. telefoonnummer, e-mail).

**Algemene verordening gegevensbescherming**

Onze praktijk heeft een document aangemaakt om u als patiënt te informeren over het privacy reglement in de praktijk. Dit kunt u vinden op onze website [www.zuideres.nl](http://www.zuideres.nl)

Eén van de eisen van de wet bescherming persoonsgegevens betreft het verstrekken van medische gegevens aan anderen dan de patiënt zelf.

Uitsluitend met uw toestemming kunnen wij uw persoonlijke medische gegevens verstrekken aan derden.

Belt u bijvoorbeeld namens een familielid dan hebben wij zijn/haar schriftelijke toestemming nodig, om zijn/haar uitslagen of gegevens met u te mogen bespreken!

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

Naam:

Geboortedatum:

Rijssen, (datum)

Handtekening patiënt/voogd(en)

## INSCHRIFFFORMULIER

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

Ik wil mij aanmelden voor het online patiëntenportaal (CGM online diensten)  JA  
 T.b.v. e-consulten aanvragen, afspraken maken, inzage medisch dossier en  NEE  
 herhaalrecepten aanvragen.

Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via  JA  
 het LSP voor raadpleging door andere zorgverleners.  EE

Zie voor meer informatie over het LSP [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

**Toestemming voor dossieroverdracht**

**JA\*** Ik geef hierbij toestemming aan dokter (vorige huisarts) .....  
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/voogd(en)

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

**MEDISCHE GEGEVENS**

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

Volgens de wet WGBO dient u de huisarts volledig te informeren over uw gezondheid.

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

|   |
|---|
| <b>Relevante medische voorgeschiedenis (huidige en doorgemaakte aandoeningen)</b>   |
| <br><br><br><br><br>  |
| <b>Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?</b><br>Noteer de naam van de specialist en het ziekenhuis   |
| <input type="checkbox"/> Nee.<br><input type="checkbox"/> Ja, specialisme:  |
| <b>Gebruikt u geneesmiddelen?</b><br>Noteer de naam, sterkte en dosering  |
| <br><br><br><br>  |
| <b>Bent u overgevoelig / allergisch voor:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geneesmiddelen?            <input type="checkbox"/> Nee    <input type="checkbox"/> Ja, welke :</li> <li>• Bepaald eten of drinken? <input type="checkbox"/> Nee    <input type="checkbox"/> Ja, welke :</li> <li>• Andere stoffen?            <input type="checkbox"/> Nee    <input type="checkbox"/> Ja, welke :</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?</b> |   |
| 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/<br>Hoge bloeddruk                      | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij wie: <span style="float: right;">Vanaf leeftijd:</span> |
| 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:  |

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

|  |
|--|
| <b>Overige zaken die voor ons van belang kunnen zijn</b> |
|  |

**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
- .....