Tolakker 5

4854 NV Bavel

 0161-431569

 huisarts@tolakker.com

Verklaring van inschrijving huisartsenpraktijk Tolakker

Uw naaste gaat wonen bij Martha Flora of PIMsenior. Veel medische zorg die de bewoners nodig hebben, valt onder reguliere huisartsenzorg en wordt geleverd door huisarts Marian Stevens. Ook Verpleegkundig Specialist (VS), Ivy Schrauwen, zal in de loop van de tijd een deel van de zorg op zich nemen. Voor een soepele overgang van de medische zorg naar onze praktijk vragen we u onderstaand formulier in te vullen.

* Vraag de huidige huisarts om het medisch dossier over te dragen naar onze praktijk.
* Wanneer uw naaste al is opgenomen in een zorginstelling, vraag dan de huidige behandelaar (meestal een specialist ouderengeneeskunde) om een overdracht te schrijven.

|  |
| --- |
| Naam en voorletters: Man/Vrouw |
| Roepnaam: |
| Geboortedatum: |
| Adres + kamernummer: Postcode: Plaats: |
| Verzekering: Nummer: |
| Burger Service Nummer (BSN): |
| O Paspoort O Identiteitskaart O Rijbewijs O Vreemdelingen documentDocumentnummer: |
| Naam + plaats vorige huisarts/instelling: |

|  |
| --- |
| Contactpersoon (graag relatie tot patiënt vermelden): |
| Telefoonnummer: |

Gezondheid en ziekten

Lopen er op dit moment nog behandelingen bij een medisch specialist?

Indien ja: waarvoor en bij welk specialisme?

|  |
| --- |
| ● |
| ● |
| ● |
| ● |

|  |
| --- |
| Bekende allergie/overgevoeligheid? |

|  |
| --- |
| Kreeg u van u vorige huisarts een griepspuit? Ja/nee |

|  |
| --- |
| Bent u volledig gevaccineerd voor het corona virus? Ja/ nee |

|  |
| --- |
| Zijn er nog bijzonderheden in het verleden of heden die u wilt vermelden? (zoals overlijden partner/kind of andere ernstige zaken) |

Toestemming voor het uitwisselen van patiëntengegevens (LSP):

Vindt u het goed dat belangrijke gezondheidsgegevens in te zien zijn op de huisartsenpost en bij de dienstapotheek wanneer dit nodig is voor uw behandeling? Zie www.volgjezorg.nl

□ JA □ NEE

Toestemming gegevensverwerking:

□ Ja, ik geef huisartsenpraktijk Tolakker toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen zorg, in het bijzonder:

- Het verwerken van persoonsgegevens in mijn dossier

- Het verwerken van persoonsgegevens in het kader van de zorgrelatie

- Het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van de declaraties

- Het verwerken van mijn persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.

Datum:

Handtekening:

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger indien van toepassing: