

Bij inleveren inschrijving dient u verplicht (vanaf 14 jaar) aan de balie uw legitimatie te laten zien. Zonder legitimatie bewijs kunnen wij uw inschrijving niet afronden.

In te vullen door de assistente:

Inschrijving meegegeven door op (datum)

Inschrijving aangenomen door op (datum)

Type document:

Rijbewijs / Identiteitskaart / Paspoort / Vreemdelingen document (Omcirkelen)

Document geldig tot: (datum)

Documentnummer:

BSN:

Document gecontroleerd JA/ NEE (verplicht)

Inschrijfpakket voor nieuwe patiënt

Naam : M/V

Voorletter(s) : Roepnaam:

Adres :

Postcode / Woonplaats:

Telefoonnummer(s):/06-

Geboortedatum :

Geboorteland:

Geloof:

Gezinssituatie:

Beroep / Studie:

Email:

Ondertekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds (datum invullen) als patiënt staat ingeschreven bij Amani Health Care

Lelystad.....(datum invullen)

Handtekening:

Gegevens zorgverzekeraar(s):

Naam zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Let op, voor aanmelding bij een apotheek, dient u zelf contact op te nemen met een gewenste apotheek naar keuze.

Apotheek :

Heeft u één van de volgende (chronische) aandoeningen?

- | | |
|-------------------------------|-----------|
| ➤ Verhoogde bloeddruk | ja / nee* |
| ➤ Hartziekte | ja / nee* |
| ➤ Suikerziekte | ja / nee* |
| ➤ Astma / longziekten | ja / nee* |
| ➤ Allergie / overgevoeligheid | ja / nee* |

Kreeg u bij uw vorige huisarts een griepvaccinatie? ja / nee*

Zo ja, waarom?

Bent u wel eens geopereerd of opgenomen in een ziekenhuis of andere instelling? ja/nee*

Zo ja: waarvoor?	Wanneer?
.....	

Gebruikt u medicijnen? ja / nee*

Zo ja, welke:

.....

Rookt u? ja / nee*

Zo ja, hoeveel per dag?

Komt in de familie (opa, oma, moeder, vader, tante, oom, broer, zus) één van de volgende ziektes voor? **Zo ja, bij wie?**

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| ➤ Hoge bloeddruk | ja / nee |
| ➤ Hart- en vaatziekten | ja / nee |
| ➤ Astma | ja / nee |
| ➤ Suikerziekte | ja / nee |
| ➤ Erfelijke of aangeboren afwijkingen | ja / nee |
| ➤ Borstkanker | ja / nee |
| ➤ Darmkanker | ja / nee |

is er nog iets waarvan u het prettig of noodzakelijk vindt dat de huisarts het weet?

.....

UITWISSELING VAN MEDISCHE GEGEVENS (MIDDELS HET LSP – LANDELIJK SCHAKELPUNT)

Geachte heer, mevrouw, ouder(s) van,

Zoals u weet houden huisartsen administratieve en medische gegevens bij van hun patiënten. Die gegevens vormen de medische dossiers. Van elke patiënt is er een medisch dossier. Vroeger werden ze bewaard in een kaartstelsel, tegenwoordig worden ze opgeslagen in de computer. U zult zich kunnen voorstellen dat een medisch dossier een belangrijk hulpmiddel is voor uw huisarts want het geeft snel inzicht in de gezondheidshistorie van de patiënt.

Uw huisarts en apotheek houden ieder een eigen dossier over u bij. Hierin staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Uw huisarts legt vast wat uw klachten zijn en welke behandelingen u krijgt. Uw apotheker registreert welke medicijnen u krijgt en voor welke medicijnen u allergisch bent.

Toestemming geven

Uw huisarts maakt gebruik van het LSP. Hij/zij vraagt uw toestemming om uw gegevens beschikbaar te stellen via dit netwerk. Na uw toestemming meldt uw huisarts uw gegevens aan bij het LSP door uw burgerservicenummer (BSN) door te geven.

Gegevens opvragen

Een andere zorgverlener (huisartsenpost, apotheek of medisch specialist) kan dan uw gegevens opvragen als dat nodig is voor uw behandeling. Met uw BSN zoekt het LSP welke zorgverleners gegevens over u beschikbaar hebben. Als er gegevens beschikbaar zijn, kan de zorgverlener deze opvragen en inzien.

In het netwerk staat alleen uw BSN en welke huisarts en apotheek gegevens over u beschikbaar hebben. Uw medische gegevens worden dus niet opgeslagen in het LSP.

TOESTEMMINGSFORMULIER LSP (ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN GEGEVENS)

0 Ja

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverleners om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure *‘Uw medische gegevens elektronisch delen’* is aangegeven.

0 Nee

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverleners om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure *‘Uw medische gegevens elektronisch delen’* is aangegeven.

Huisartspraktijk Amani

Mijn gegevens:

Achternaam: Voorletters:

Geboortedatum: ☐ M ☐ V

BSN nummer:

Datum: Handtekening:

Toestemming regelen voor kinderen

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

MijnGezondheid.net (MGN)

Via MijnGezondheid.net (MGN) kunt u eenvoudig en snel allerlei zaken regelen met uw huisarts, praktijk ondersteuner of assistente. Met MGN is de praktijk 7 dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar.

U kunt online een vraag stellen, maar ook een afspraak maken. Daarnaast is het mogelijk een samenvatting in te zien van persoonlijk medisch dossier, inclusief uw medicatie gebruik. Zo heeft u altijd en overal inzage in uw eigen gezondheid. En gaat u op vakantie neem dan een uitdraai mee van uw medicatiepaspoort.

Uw privacy staat voorop. Om er voor te zorgen dat uw gegevens goed beveiligd zijn, logt u in op MijnGezondheid.net met uw DigiD met SMS- verificatie. Heeft u nog geen DigiD met SMS? Ga naar www.digid.nl om er één aan te vragen.

Voordelen MGN:

- Goed beveiligd, persoonlijk dossier
- Praktijk 24/ 7 bereikbaar
- Online afspraken maken
- Vraag stellen via E-consult
- Herhaalrecepten aanvragen
- Medicatiepaspoort inzien en afdrukken
- Onderzoeksresultaten bekijken
- Uw eigen medisch dagboek.

Aanmelden voor Qualizorg

Wij zijn benieuwd naar uw ervaringen met onze huisartsen praktijk. Daarom neemt onze praktijk deel aan een onderzoek dat uw ervaringen meet. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een onafhankelijk bureau genaamd Qualizorg (<https://qualizorg.nl/>) en is volledig anoniem. Graag vragen wij u om uw deelname aan dit onderzoek.

Indien u onderstaand strookje invult, ontvangt u na uw behandeling een e-mail van Qualizorg (uit naam van onze praktijk) met een link naar het online onderzoek. Het invullen van de online vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag. De vragen gaan onder andere over onze accommodatie, informatievoorziening en de behandeling door uw therapeut. Met het invullen van de vragenlijst, helpt u ons om de dienstverlening binnen onze praktijk te verbeteren!

Daarnaast kunnen de geanonimiseerde resultaten gebruikt worden voor onder andere:

- Het leveren van (beleids)informatie aan cliëntenorganisaties, overheid en toezichthouders;
- Het opstellen van keuze ondersteunende informatie voor consumenten;
- Ter ondersteuning van het zorginkoopbeleid van uw zorgverzekeraar.

Qualizorg verzorgt het onderzoek en ziet erop toe dat uw gegevens volledig anoniem worden behandeld en handelt volgens de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Wij als huisartspraktijk, uw eigen huisarts en uw verzekeraar komen niet te weten wat u persoonlijk heeft geantwoord. Uw e-mailadres wordt niet gedeeld met derden. Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en kan op elk door u gekozen moment beëindigd worden zonder dat daar consequenties aan verbonden zijn.

Om het onderzoek goed uit te kunnen voeren dient Qualizorg een aantal gegevens uit onze patiëntendatabase toegezonden te krijgen. Het gaat dan om:

- Voorna(a)m(en), tussen voegsel achternaam
- Geboortedatum / geslacht
- Adres / Postcode / Woonplaats /
- Datum contact
- Type consult / contact (consult, telefonisch consult, email consult of visite)
- Aandoening (Astma/COPD)
- Code van uw verzekeraar (UZOVI) en verzekerde nummer
- E-mailadres
- Toestemming voor gebruik e-mailadres en/of post
- Achternaam en AGB code van de huisarts
- Toestemming voor e-mail en / of post

Door ondertekening van het strookje op de achterzijde van deze pagina verleent u onze praktijk toestemming om voornoemde gegevens aan Qualizorg te verstrekken en verleent u Qualizorg toestemming deze gegevens te verwerken en u vervolgens te benaderen voor het onderzoek. Wij hopen dat u meedoet zodat wij onze dienstverlening kunnen verbeteren! Bij voorbaat heel hartelijk dank.

Aanmelden voor Qualizorg

Ik heb kennis genomen van de inhoud van het onderzoek naar mijn ervaringen met de ontvangen huisartsenzorg. Hierbij geef ik toestemming voor toezending van bovenvermelde persoonsgegevens door uw praktijk aan Qualizorg en het gebruik van mijn e-mailadres en de persoonsgegevens door Qualizorg, onder meer voor het ontvangen van een uitnodiging voor dit onderzoek

Emailadres

Naam: de heer / mevrouw*

Datum..... Handtekening.....