

**Huisartsenpraktijk Het Anker** AGB 00055993
**C.I. van Beurden** AGB 22831
**E. van Krieken** AGB 22832
**W.G. Ottenkamp** AGB 2477

Westlandseweg 1E
3144 CZ MAASSLUIS
Telefoon 010-59 12 109

**Welkom bij huisartsenpraktijk “Het Anker”**

Het is van belang dat u alle gevraagde gegevens correct invult en dat u een kopie van uw paspoort en verzekeringspasje toevoegt. Voor meer informatie over de praktijk, verwijzen wij u naar de praktijkfolder. De praktijkfolder kunt u afhalen bij de assistente of downloaden van de website www.huisartsenhetanker.nl.

**Wij verzoeken u vriendelijk om direct contact op te nemen met uw vorige huisarts om door te geven dat u nu staat ingeschreven bij huisartsenpraktijk “Het Anker”.** Dit om misverstanden te voorkomen. Kunt u tevens ervoor zorgen dat wij op korte termijn uw medisch dossier in ons bezit krijgen?

Wij danken u voor de genomen moeite en hopen op een prettige samenwerking!

Met vriendelijke groeten,

Huisartsenpraktijk “Het Anker”

 **Hieronder in het kort enkele belangrijke informatie over de praktijk.**

- **SPOED lijn**: uitsluitend voor spoedgevallen: 010-59 12 109, toets 1.

- **Receptenlijn**: herhaalrecepten kunt u 24 uur per dag inspreken: 010-59 12 109, toets 2. Houdt u uw medicijndoosjes bij de hand. Spreekt u de recepten voor 12.00 uur in, dan worden deze dezelfde dag nog verwerkt. Het is afhankelijk van de apotheek waarbij u bent aangesloten wanneer u de medicatie kunt afhalen.

- **Uitslagen**: hiervoor kunt u tot 15:00 uur bellen op het algemene nummer 010-59 12 109,

 - Voor het **telefonisch terugbelspreekuur** kunt u zich op werkdagen voor 10.30 uur opgeven. In overleg met u wordt bekeken wanneer u teruggebeld wordt door de huisarts.

- Voor **overige vragen** verzoeken wij u in de ochtend te bellen op het algemene nummer 010 – 59 12 109.

- Van **12.00- 17:00 uur** hebben wij diverse spreekuren en andere werkzaamheden. Bij dringende vragen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag wordt u doorverbonden met de assistente.

 **Huisartsenpraktijk Het Anker** AGB 00055993
**C.I. van Beurden** AGB 22831
**E. van Krieken** AGB 22832
**W.G. Ottenkamp** AGB 2477

Westlandseweg 1E
3144 CZ MAASSLUIS
Telefoon 010-59 12 109

**Inschrijving nieuwe patiënt/ bewijs van inschrijving**Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen huisartsenpraktijk “Het Anker” en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn/haar praktijk op naam te zijn ingeschreven.

N.B. Indien u meerdere gezinsleden wil inschrijven dient u voor ieder gezinslid een apart inschrijfformulier in te vullen. Ieder inschrijfformulier dient apart getekend te worden. Voor kinderen onder de 16 jaar kan een ouder / verzorger tekenen. Kinderen boven de 16 jaar dienen zelf te tekenen.

Ingangsdatum inschrijving: …………………………………………………………………..

Naam, voorletters: ……………………………………………………………………M/V

Geboortedatum: …………………………………………………………………………..

Adres (nieuw): …………………………………………………………………………..

Postcode + plaats: …………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: …………………………………………………………………………..

E-mail adres:……………………………………………………………………………………

Toestemming voor berichten per e-mail: Ja / nee.

Toestemming voor inkijken dossier door waarnemend arts en landelijk EPD: Ja / nee.

(EPD= elektronisch patiënten dossier. Zie ook de bijgevoegde folder)

Zorgverzekeraar: …………………………………………………………………………..

Polisnummer: …………………………………………………………………………...

Burgerservicenummer: ………………………………………………………………………..

Apotheek: …………………………………………………………………………….

Vorige huisarts: …………………………………………………………………………..

Woonplaats: …………………………………………………………………………..

Identificatie middels: paspoort / identiteitsbewijs / anders, namelijk ……………………………………………….. nr.:……………………………….
Bent u eerder bij ons ingeschreven geweest: Ja/nee

Kunt u lezen en/of schrijven in uw eigen taal: Ja/nee

Afgehandeld door assistente: …………………..

Handtekening patiënt: Datum:………………………………

**GRAAG UW ID OF PASPOORT TONEN BIJ INSCHRIJVING**

 ****

**Huisartsenpraktijk Het Anker** AGB 00055993
**C.I. van Beurden** AGB 22831
**E. van Krieken** AGB 22832
**W.G. Ottenkamp** AGB 2477

Westlandseweg 1E
3144 CZ MAASSLUIS
Telefoon 010-59 12 109

**In te vullen door de patiënt**

 **Belangrijke informatie medische voorgeschiedenis**

1. Bent u onder behandeling bij een specialist in het ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Heeft u nog andere ziektes of operaties te vermelden?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen e.d.?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Heeft u Hepatitis/HIV?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

6. Overige opmerkingen welke van belang zijn voor uw nieuwe huisarts:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………