

Geachte heer, mevrouw,

Als een moderne digitale praktijk maken wij veel gebruik van diverse e-health oplossingen. Hiervoor gebruiken wij MijnGezondheid.net, een veilige online patiënten omgeving waar u uw eigen zorgzaken kunt regelen. Wij zijn telefonisch beperkt bereikbaar, maar online kunt u ons altijd bereiken. Bent u iemand die graag zoveel mogelijk digitaal regelt, in plaats van telefonisch in de wachtrij staat, dan zijn wij de ideale praktijk voor u.

Indien u zich wilt inschrijven ontvangen wij graag onderstaande documenten compleet ingevuld, van u retour:

1. Inschrijfformulier, ondertekend;
2. Kopie identiteitsbewijs;
3. Kopie zorgverzekeringspolis of -pas.

E-mail bovenstaande naar: **Admin@huisartsoverschie.nl**

Tevens dient u te verklaren dat u akkoord gaat met onze praktijkregels. Als u zich niet aan deze regels wilt en kunt conformeren gaan we niet akkoord met uw inschrijving als patiënt in onze praktijk.

Wij declareren de kosten voor de medische zorg volgens 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 in te schrijven bij een apotheek in de buurt, dit kan vaak online via de website van de desbetreffende apotheek.

Met vriendelijke groet,

**Huisartsenpraktijk Overschie**

Rotterdamse Rijweg 130  
3042 AS Rotterdam

Tel: 010 – 415 75 12

E: [info@huisartsoverschie.nl](mailto:info@huisartsoverschie.nl)

## PRAKTIJKREGELS

### Uw adres

Vanwege de Zorgverzekeringswet hebben wij een inspanningsverplichting, wat inhoudt dat wij bij spoed binnen een bepaalde tijd bij u als patiënt moeten zijn. Dit betekent dat uw verblijfadres binnen ons zorggebied moet zijn, zodat wij ons aan die verplichting kunnen houden.

- Schrijf u zo snel mogelijk in bij de gemeente Rotterdam.
- Indien dit niet mogelijk is of te lang op zich laat wachten, overhandigt u een ander bewijs. Denk hierbij aan een huurovereenkomst of een bevestiging van de gemeente.
- Geef eventuele adreswijzigingen aan ons door.

### Gedrag

Helaas krijgen wij steeds vaker te maken met agressie in de huisartsenpraktijk. Wij tolereren geen fysieke of verbale agressie jegens ons personeel. Deze voorvallen zullen altijd vastgelegd en intern besproken worden. We kunnen passende maatregelen nemen conform de richtlijnen van de Nederlandse Artsenfederatie KNMG.

### No-show beleid

Voor het niet of te laat verschijnen op een gemaakte afspraak kunnen altijd begrijpelijke redenen bestaan. Onverwachte crisissituaties kunnen zich altijd voordoen, daar hebben wij natuurlijk alle begrip voor. Bij niet tijdig of te laat annuleren, zullen wij helaas een wegblijftarief in rekening brengen.

- Bij verhindering verzoeken wij u uw afspraak minimaal 24 uur van tevoren af (op maandag – vrijdag). Bij voorkeur doet u dit per mail.

### 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 ouderschap, moeten beide ouders tekenen voor de inschrijving of uitschrijving van het kind.

Jongeren vanaf 16 jaar tekenen zelf. Vanaf 16 jaar mogen jongeren zelf beslissen over hun eigen medische behandelingen. Dit is geregeld in de WGBO, de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst.

### Uitschrijven

Als u naar een andere huisarts gaat of (naar het buitenland) verhuist, laat het ons weten. Dan kunnen we zorgen dat uw dossier niet verloren gaat en behouden wij een update overzicht van onze patiëntenpopulatie. Tevens kunt u maar bij één praktijk ingeschreven staan.

- Informeer ons ingeval u een nieuwe huisarts heeft gevonden.
- Informeer ons bij wijziging van uw contactgegevens (bijv. telefoonnummer, e-mail).

**Op de volgende pagina tekent u voor het lezen en begrijpen van deze praktijkregels.**

## INSCHRIJFFORMULIER

Achternaam : .....

Meisjesnaam (indien van toepassing) : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geboortedatum : .....

BSN : .....

Burgerlijke staat : .....

Straat en huisnummer : .....

Postcode en woonplaats : .....

Telefoonnummer(s) : .....

E-mailadres : .....

Zorgverzekeraar (+ Polisnr.) : .....

Gewenste apotheek : .....

*Wij adviseren u om u bij een apotheek in te schrijven. Uw recept wordt beveiligd verstuurd naar de gewenste apotheek.*

Naam vorige huisarts/woonplaats : .....

Nationaliteit : .....

Studierichting/beroep : .....

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

→ Voor meer informatie over het LSP, ga naar [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl)

**JA**, ik wil mij aanmelden voor MijnGezondheid.net (online patiëntenportaal).  
→ E-consulten aanvragen, afspraken maken, inzage dossier, etc. Dit is vanaf 1 juli 2020 verplicht.

Ik wil mijn medische gegevens delen met mijn partner/ouder(s)/familie/bewindvoerder Ja    Nee

Naam/geboortedatum/BSN van gemachtigde: .....  
(Bij intrekken van machtiging kunt u contact opnemen met onze assistenten)

### Toestemming voor dossieroverdracht

**JA\*** Ik geef hierbij toestemming aan mijn vorige huisarts, dokter .....  
om mijn medisch dossier elektronisch over te dragen aan mijn nieuwe huisarts,  
**Huisartsenpraktijk Overschie, dokter V.T. Nguyen, praktijk AGB-code 01-009331**

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

Rotterdam, ..... (datum) Handtekening patiënt/voogd(en): .....

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

## MEDISCHE GEGEVENS

*Wij stellen het op prijs, als u dit formulier over uw gezondheid wilt invullen.*

*De patiënt dient volgens de wet WGBO de huisarts volledig te informeren over zijn/haar gezondheid.*

Relevante medische voorgeschiedenis (Huidige en doorgemaakte aandoeningen)

Bent u op dit moment onder behandeling van een specialist?

(Noteer graag de naam van de specialist en het ziekenhuis)

Gebruikt u geneesmiddelen? (Noteer graag de naam, sterkte en dosering)

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of bepaalde stoffen?

(Zo ja, welke middelen/stoffen? Welke allergische symptomen?)

Rookt u?

Nee, nooit gerookt.

Ja, :..... sigaret(ten) per dag.

Voorheen.....jaar.....sigaret(ten) per dag. Gestopt op: .....

Lengte:.....(cm) Gewicht:.....(kg) Buikomtrek:.....(cm)

Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?

Diabetes

Bij wie: .....

Hoog cholesterol

Bij wie: .....

Hart- en vaatziekten

Bij wie: .....

V.a. Leeftijd .....

Kanker..... (soort?)

Bij wie: .....

Schildklierziekte

Bij wie: .....

Overige medische informatie:

**Wij verzoeken u vriendelijk een kopie van uw identiteitsbewijs mee te sturen!**