

AANMELDINGSFORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNTEN

Реєстрація нового пацієнта

Wij vragen u om het aanmeldingsformulier zo compleet mogelijk in te vullen.

U dient voor ieder gezinslid een apart aanmeldingsformulier in te vullen.

Wij willen u vragen dit aanmeldingsformulier persoonlijk af te geven aan de locatiecoördinator.

Hij/Zij zal u vragen een **geldig legitimatiebewijs** te tonen.

Просимо Вас максимально повно заповнити реєстраційну форму.

Ви повинні заповнити окрему реєстраційну форму для кожного члена сім'ї.

Просимо Вас особисто передати цю реєстраційну форму координатору локації.

Він/вона попросить вас показати **посвідчення особи.**

Achternaam: _____ Geslacht: M/V

Прізвище, Стать: ч/ж

Voornaam: _____

Ім'я

Woonadres: _____

Вулиця і номер квартири

Postcode en woonplaats: _____

Поштовий індекс, місто

Telefoonnummer: _____ Geheim: J/N

Номер телефону, Приховати: так/ні

Mobielnummer: _____ Geheim: J/N

Мобільний, Приховати: так/ні

E-mailadres: _____

Електронна пошта

Geboortedatum: _____

Дата народження

Soort legitimatie: Paspoort ID-bewijs Rijbewijs

Тип документу: паспорт/посвідчення особи/посвідчення водія

Nummer legitimatiebewijs: _____

Номер документу

BSN-nummer: _____

BSN-номер

Burgerlijke staat: _____

Сімейний стан

Naam zorgverzekeraar: _____

Назва страхової компанії

Verzekeringsnummer: _____

Номер страхового полісу

Overige gezinsleden: (Zijn zij wel / niet al patiënt in onze praktijk?)

Інші члени сім'ї: (Вони є / чи не є вже пацієнтами в нашій клініці)

ACHTERNAAM Фамілія	VOORLETTERS Перша літера імені	M / V Стать ч/ж	GEBOORTEDATUM Дата народження

Welke medicatie gebruikt u momenteel? (U mag ook een medicatielijst/overzicht toevoegen)

Які ліки ви зараз приймаєте? (Ви також можете додати список ліків/огляд лікарських засобів)

MEDICIJN (Nederlandse benaming) Ліки (Нідерландська назва)	STERKTE Доза	DOSERING Дозування

Hebt u allergieën voor medicijnen, conserveermiddelen of zalven? Zo ja dan hieronder aangeven waarvoor:
У Вас є алергія на ліки, консерванти, мазі? Якщо так, то вкажіть нижче:

Bent u in het verleden geopereerd en zo ja waarvoor en wanneer?

Чи була у Вас операція в минулому? Якщо так, то чому і коли?

Komen de volgende aandoeningen bij u in de familie voor? Zo ja, bij wie?

Чи зустрічаються у вашій сім'ї наступні захворювання? Якщо так, в кого?

Hart- en vaatziekten: ja/nee _____

Серцево-судинні захворювання: так/ні

Hoge bloeddruk: ja/nee _____

Гіпертонія (високий тиск): так/ні

Suikerziekte: ja/nee _____

Цукровий діабет: так/ні

Verhoogde oogboldruk: ja/nee _____

Підвищення внутрішньоочного тиску: так/ні

Borstkanker: ja/nee _____

Рак молочної залози: так/ні

Darmkanker: ja/nee _____

Рак товстої кишки: так/ні

Darmpoliepen: ja/nee _____

Поліпи товстої кишки: так/ні

Hoog cholesterol: ja/nee _____

Високий рівень холестерину: так/ні

Astma/bronchitis: ja/nee _____

Астма/бронхіт: так/ні

Kwaadaardige moedervlekken: ja/nee _____

Злоякісні родимки: так/ні

Eventuele andere relevante informatie:

Будь-яка інша інформація:

Het LSP (Landelijk Selectie Punt) is ontwikkeld voor zorgverleners om via een beveiligde internetverbinding toegang te geven tot medische gegevens en geneesmiddelengebruik, in het belang van de patiënt-veiligheid. Via het LSP kan een zorgverlener inkijken in ons huisartsen dossier over u. Dit kan van belang zijn als u in het weekend via de huisartsenpost medische zorg nodig heeft. Het gaat dan om medicatie gebruik, de belangrijkstehoofddiagnosen, allergieën en de consultregistratie van de laatste 3 maanden.

LSP (Національний пункт відбору) був розроблений для постачальників медичних послуг, щоб забезпечити доступ до медичних даних та використання ліків через безпечне інтернет-з'єднання в інтересах безпеки пацієнтів. Постачальник медичних послуг може переглянути наш файл загальної практики про вас через LSP. Це може бути важливо, якщо у вихідні дні вам потрібна медична допомога через лікаря загальної практики. Це стосується прийому ліків, найважливіших основних діагнозів, алергії та реєстрації на консультацію за останні 3 місяці.

Met ondertekening van dit aanmeldingsformulier gaat u ermee akkoord dat uw gegevens worden uitgewisseld via het LSP.

Підписуючи цю реєстраційну форму, ви погоджуєтесь, що ваші дані будуть обмінюватися через LSP.

Handtekening voor akkoord:

Datum:

Підпис:

Дата:

In te vullen door Beheerder:

Заповнює адміністратор:

Toegewezen huisarts Призначений лікар	
Huisartsenpraktijk Назва клініки	
Adres Адрес	
Tel Телефон	