**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:** O Paspoort O ID-bewijs O 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 стахового 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 погоджуєтеся, що ваші дані будуть обмінюватися через LSP.

**Handtekening voor akkoord: Datum:**

Підпис: Дата:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In te vullen door Beheerder:

Заповнює адміністратор:

|  |  |
| --- | --- |
| Toegewezen huisartsПризначений лікар |  |
| HuisartsenpraktijkНазва клініки |  |
| AdresАдрес |  |
| TelТелефон |  |