

Geachte patiënt(e),

U wilt zich inschrijven als patiënt bij **huisartsenpraktijk Care XL**.

Wilt u bijgaande formulieren invullen en naar ons mailen, tezamen met een **kopie van uw identiteitsbewijs en kopie van de zorgverzekeringspolis of-pas.**

**Zonder** deze kopieën kunnen wij uw inschrijving **niet** in behandeling nemen!

Wij ontvangen graag, onderstaande formulieren compleet ingevuld, van u retour:

1. Inschrijfformulier
2. Medische gegevens of toestemming elektronisch dossier overdracht
3. Kopie identiteitsbewijs
4. Kopie zorgverzekeringspolis of-pas

E-mail bovenstaande naar: [info@gccarexl.nl](mailto:info@gccarexl.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 Care XL**

Pretorialaan 111

3072 EJ Rotterdam

Tel: 010-48 57 137

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

[www.gccarexl.nl](http://www.gccarexl.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. Het adres wat wij hanteren, is het adres dat bekend is bij de gemeente waar u zich heeft ingeschreven. Zolang uw adres niet geverifieerd is, kunnen wij u niet inschrijven als onze patiënt.

- 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.

### Uw dossier

Met de Zorgverzekeringswet kunt u maar bij één huisarts ingeschreven staan. Wij vragen uw dossier op bij uw vorige huisarts wanneer we u inschrijven, uw huisarts moet hier wel van op de hoogte zijn.

- Laat u dus direct uitschrijven bij uw vorige huisarts.

### 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. Als dit echter te vaak gebeurt, zullen wij helaas een wegblijftarief in rekening brengen.

- Zeg uw afspraken minimaal 24 uur van tevoren af (op maandag – vrijdag).

### 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 van het kind.

Jongeren vanaf 16 jaar tekenen zelf voor de inschrijving. Dit staat vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens.

### 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 het overzicht over onze patiëntenpopulatie.

- Informeer ons ingeval u gaat verhuizen of 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 : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geboortedatum / geslacht : ..... / .....

BSN : .....

Burgerlijke staat : .....

Straat en huisnummer : .....

Postcode en woonplaats : .....

Telefoonnummer(s) : .....

E-mailadres : .....

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

Gewenste apotheek : .....

Naam vorige huisarts/woonplaats : .....

Geloofsovertuiging : .....

Nationaliteit : .....

Studierichting / beroep : .....

Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP  
Voor raadpleging door andere zorgverleners.  
→Voor meer informatie over het LSP, ga naar [www.volgzorg.nl](http://www.volgzorg.nl)

Ja   
Nee

### Toestemming voor dossieroverdracht

**JA\*** Ik geef hierbij toestemming aan mijn vorige huisarts, dokter ..... om mijn medisch dossier elektronisch via ZorgFileTransfer over te dragen aan mijn nieuwe huisarts, Huisartsenpraktijk Care XL, dokter A. Senyurek, praktijk AGB-code 01-057265

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 Care XL, kunnen wij u helaas geen adequate zorg verlenen; derhalve zullen wij uw inschrijving niet aannemen.*

## GEZINSLEDEN

Achternaam : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geslacht : .....

Geboortedatum : .....

BSN : .....

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

Studierichting / beroep : .....

Handtekening (\*indien jonger dan 16 jaar, handtekening ouder/verzorger) .....

---

Achternaam : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geslacht : .....

Geboortedatum : .....

BSN : .....

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

Studierichting / beroep : .....

Handtekening (\*indien jonger dan 16 jaar, handtekening ouder/verzorger) .....

---

Achternaam : .....

Voorletters (+ roepnaam) : .....

Geslacht : .....

Geboortedatum : .....

BSN : .....

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

Studierichting / beroep : .....

Handtekening (\*indien jonger dan 16 jaar, handtekening ouder/verzorger) .....

## MEDISCHE GEGEVENS

**\*Invullen, indien patiënt voorheen geen andere huisarts heeft gehad binnen Nederland.**

*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?)

- Rookt u?       Nee, nooit.  
                   Ja, ..... sigaret(ten) per dag.  
                   Voorheen. Gestopt op: .....

Komen er (erfelijke) aandoeningen voor in uw familie?

- |   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes             | Bij wie: .....  |
| <input type="checkbox"/> Hoog cholesterol     | Bij wie: .....  |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | Bij wie:: ..... |
| <input type="checkbox"/> Kanker (soort?)      | Bij wie: .....  |

Overige medische informatie: