

## Aanmeldingsformulier

Hierbij meldt ondergetekende zich aan voor:

- **Huisartsen Kring Haaglanden (HKH)**
  - Lidmaatschap HKH
  - Vul deel A en B van het aanmeldingsformulier in en plaats uw handtekening op de laatste pagina.
  
- **Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (KHH)**
  - Aansluiting KHH
  - Vul deel A en C van het aanmeldingsformulier in en plaats uw handtekening op de laatste pagina.
  
- **SMASH**
  - Deelnemer (gevestigde huisarts)
  - Waarnemer SMASH
  - Loondienstverband/HIDHA SMASH
  - Vul deel A en D van het aanmeldingsformulier in en plaats uw handtekening op de laatste pagina.

### A. Algemene gegevens (altijd invullen)

1. Persoonsgegevens	
Achternaam	..... m/v
Tussenvoegsel	.....
Initialen	.....
Voornaam	.....
Geboortedatum	.....
Geboorteplaats	.....
Straat & huisnummer	.....

Postcode .....  
Woonplaats .....  
Telefoon .....  
Mobiel .....  
E-mailadres .....  
BIG-registratienr. ....  
AGB-Code .....  
IBAN .....  
BSN .....

## 2. Werkzaam als

- Vrijgevestigd huisarts (ga door naar vraag 3)
- Loondienst/Hidha (ga door naar vraag 4)
- Waarnemer SMASH/ANW-zorg (u bent klaar met deel A van het aanmeldingsformulier)
- Waarnemer dagzorg (u bent klaar met deel A van het aanmeldingsformulier)
- AIOS (u bent klaar met deel A van het aanmeldingsformulier)
- Gepensioneerd huisarts (u bent klaar met deel A van het aanmeldingsformulier)

N.B. U kunt meerdere keuzes aankruisen

## 3. Vrijgevestigd huisarts

Heeft u een praktijk overgenomen van een reeds gevestigde huisarts?

- Ja, ga verder met vraag 3a
- Nee, u bent gevestigd op een nieuw adres, ga verder met vraag 3b

### 3a.

Van wie neemt u de praktijk over? ..... (naam vertrekkende huisarts)

De vragen hieronder hebben betrekking op de nieuwe situatie van uw praktijk.

Hoe gaat uw praktijk heten .....  
Praktijkadres .....  
Postcode .....

Plaats .....  
Telefoon .....  
Mobiel .....  
Fax .....  
Spoednummer .....  
Collegiaal overlegnummer .....  
IBAN .....  
Bij welke Hagro aangesloten .....  
Welk HIS gebruikt u .....  
Patiënten aantal .....

Praktijkvorm:

- Solo
- Duo (naam DUO partner) .....
- HOED (naam HOED) .....
- Gezondheidscentrum (naam GC) .....
- Anders nl. ....

Trapcode .....

(te vinden op uw Uniform Pensioen Overzicht (UPO) of op een factuur die u van de LHV heeft ontvangen)

**3b.**

Naam Praktijk .....  
Praktijkadres .....  
Postcode .....  
Plaats .....  
Telefoon .....  
Mobiel .....  
Fax .....  
Spoednummer .....  
Collegiaal overlegnr. ....

Bij welke Hagro bent u aangesloten .....

Welk HIS gebruikt u .....

Praktijkvorm:

- Solo
- Duo (naam DUO partner) .....
- HOED (naam HOED) .....
- Gezondheidscentrum (naam GC) .....
- Anders nl. ....

Trapcode .....

(te vinden op uw Uniform Pensioen Overzicht (UPO) of op een factuur die u van de LHV heeft ontvangen)

#### 4. Loondienstverband/Hidha

Naam werkgever .....

Uw werkadres .....

Postcode .....

Plaats .....

Telefoon .....

Mobiel .....

Fax .....

Spoeednummer .....

Collegiaal overlegnr .....

Bent u eindverantwoordelijke voor de patiënten in de praktijk? Ja\*/nee

\* Indien ja, gelieve uw persoonlijke AGB-code (zie punt 1) en uw zorgmailadres (zie punt 7) in te vullen.

Trapcode .....

(te vinden op uw Uniform Pensioen Overzicht (UPO) of op een factuur die u van de LHV heeft ontvangen)

**B. HKH** (invullen indien aanmelding bij HKH)

**1. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)**

Bent u lid van de LHV?  ja, lidmaatschapsnummer .....

nee

**2. Ingangsdatum**

Ingangsdatum lidmaatschap (per 1<sup>e</sup> van iedere maand): .....

**3. Nieuwsbrieven**

Ik wil de nieuwsbrief ontvangen van:  HKH (alleen voor leden van de HKH)

Wagro (alleen voor waarnemers lid van HKH)

Op welke e-mailadres wilt u de nieuwsbrief ontvangen? .....

**4. Praktijkzoekend**

Bent u praktijkzoekend in de regio Haaglanden (Den Haag, Rijswijk, Voorburg, Leidschendam, Wassenaar en Zoetermeer)?

Ja  Nee

Zo ja, wenst u informatie te ontvangen over praktijken die ter overname worden aangeboden?

Ja  Nee

### C. KHH (invullen indien aanmelding bij KHH)

#### 1. Ingangsdatum klachtenregeling

Ingangsdatum aanmelding (per 1<sup>e</sup> van iedere maand): .....

Indien u zich niet aanmeld bij de Klachtenregeling Huisartsenzorg Haaglanden (KHH):

Naam en plaats klachtenregeling elders .....

#### 2. Huisartsen in loondienst

Voor huisartsen in loondienst (HID) geldt dat deze via de praktijkhouder aangemeld kunnen worden.

Hiervoor gelden aparte tarieven, te weten:

<u>Aantal huisartsen in loondienst</u>	<u>Totaal surplus aansluitkosten</u> <u>(voor deze groepsgrootte)</u>
1-3	€ 80
4-6	€ 320
7-10	€ 560
>10	€ 800

Heeft u huisartsen in loondienst?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel:

1-3

4-6

7-10

> 10

In geval van een duo- of groepspraktijk:

Naam praktijkhouder/organisatie waarop HID mag worden geregistreerd: .....

#### 3. Geschillen instantie

Naam aangesloten geschilleninstantie .....

**D. SMASH** (invullen indien aanmelding bij SMASH)

**1. UZI-pas**

UZI-pasnummer .....

(bij SMASH is het gebruik van een UZI-pas verplicht!)

**2. Reanimatie/AED-certificaat**

Heeft u een recent (niet ouder dan 15 maanden) Reanimatie/AED-certificaat?

ja\*    nee (\* Indien training elders gevolgd, kopie certificaat meesturen)

**3. Telefoonartstraining**

Heeft u een telefoonartstraining gevolgd (b.v. urgentie gericht triëren)?

ja\*, datum .....    nee (\* Indien training elders gevolgd, kopie certificaat meesturen)

**4. Referenties**

Voor het waarborgen van de kwaliteit van onze dienstverlening verlangen wij van u 2 relevante referenties. Dit geldt voor iedereen die wil waarnemen bij SMASH.

**Referentie 1:**

Naam: .....

Functie: .....

Telefoonnummer: .....

**Referentie 2:**

Naam: .....

Functie: .....

Telefoonnummer: .....

**5. Beschikbaarheid**

Vanaf welke datum bent u beschikbaar voor ANW diensten van SMASH Haaglanden?

Datum: .....

## 6. Bemiddelingspoule

Wilt u zich opgeven voor de bemiddelingspoule?  ja  nee

In de bemiddelingspoule kunt u per e-mail uitgenodigd worden om diensten van collega's waar te nemen indien hier sprake van is.

## 7. Gegevens rondom ANW waarneming

(alleen voor gevestigde huisartsen of huisartsen met patiënten op naam)

Hoe wilt u de berichtgeving van uw patiënten die gebruik maken van de SMASH ontvangen?

Lifeline Zorgmail postbusnummer: .....

Faxnummer : .....

## 8. AIOS

Heeft u als 3e jaars AIOS diensten bij SMASH gedaan?  ja  nee

Wie was uw opleider? .....plaats: .....

## 9. Nieuwsbrief

Wilt u de nieuwsbrief ontvangen van SMASH (alleen voor waarnemer/deelnemer SMASH)?

ja, op het e-mailadres: .....

nee

10. Bijlagen behorende bij deel C (SMASH) van het aanmeldformulier meesturen:

- a. Kopie geldig paspoort/ID
- b. Kopie RGS/KNMG registratie
- c. Kopie geldig VAR registratie
- d. Kopie BIG registratie
- e. Kopie AED nascholing

Plaats en datum,

.....

Handtekening,

.....

**Aanmeldingsformulier graag volledig ingevuld retourneren aan:**

Huisartsen Kring Haaglanden  
President Kennedylaan 15  
2517 JK DEN HAAG  
E-mail: info@kringhaaglanden.nl