

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM:

Apotheek
 Huisarts

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBORTE DATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

M
 V

JA NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

M
 V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.