

TOESTEMMING VOOR UITWISSELING PATIËNTENGEGEVENS

Met dit formulier kunt u aangeven of u toestemming geeft aan een zorgverlener de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners. Kopieer dit formulier voor elke zorgverlener die u toestemming geeft. Vragen? In de brochure *Uw medische gegevens elektronisch beschikbaar? Alleen met uw toestemming!* kunt u meer informatie vinden. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen.

TOESTEMMING

- JA** ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener/zorgaanbieder om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners
- NEE** ik ga er niet mee akkoord dat onderstaande zorgverlener/zorgaanbieder mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners.
-

NAAM ZORGVERLENER / ZORGAANBIEDER

Zorgverlener/zorgaanbieder
Huisarts/apotheker/specialist van ziekenhuis.....

MIJN GEGEVENS

Naam..... Geboortedatum.....

Straat.....

Postcode..... Plaats.....

GEGEVENS KINDEREN ONDER DE 16 JAAR *Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in.*

Voor kinderen onder de 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u de volgende gegevens invullen. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar is daarnaast hun eigen toestemming nodig. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen.

Kind 1.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 1
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 2.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 2
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 3.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 3
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 4.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 4
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

ONDERTEKENING

Datum en plaats..... Uw handtekening