

TOESTEMMING

Ik geef wel/geen toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven. Kruis hieronder per zorgverlener aan of u wel of geen toestemming geeft en lever dit formulier in bij één van deze zorgverleners. Die geeft uw keuze door aan de andere zorgverleners op het formulier. U kunt dit formulier ook gebruiken om slechts aan één zorgverlener uw keuze kenbaar te maken. Vul dan alleen de gegevens van de desbetreffende zorgverlener in.

HUISARTS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	

APOTHEEK	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	

MIJN GEGEVENS

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

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Vul onderstaande gegevens voor uw kind(eren) in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE HUISARTS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE APOTHEEK	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

DATUM:	HANDTEKENING:
--------	---------------