

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

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.

HUISARTS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
NAAM: Huisartsenpraktijk Perquin	
ADRES: Kapittellaan 31	
POSTCODE EN PLAATS: 6077 BK St. Odiliënberg	

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

MIJN GEGEVENS *Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBOORTEDATUM:		
E-MAIL:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.

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

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

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.