**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. Vul dan alleen de gegevens van de desbetreffende zorgverlener in.

|  |  |
| --- | --- |
| **HUISARTS** | [ ]  **JA** [ ]  **NEE** |
| NAAM: van Duivenboden |
| ADRES: Van Maerlantstraat 1  |
| POSTCODE EN PLAATS: 6824 KX Arnhem |

|  |  |
| --- | --- |
| **APOTHEEK** | [ ]  **JA** [ ]  **NEE** |
| NAAM: |
| ADRES: |
| POSTCODE EN PLAATS: |

**MIJN GEGEVENS**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACHTERNAAM: | VOORLETTERS: | [ ]  M [ ]  V |
| ADRES: |
| POSTCODE EN PLAATS: |
| GEBOORTEDATUM: |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 overige leden woonverband**

Vul onderstaande gegevens voor de andere gezinsleden. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE HUISARTS**[ ]  **JA** [ ]  **NEE APOTHEEK** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE HUISARTS**[ ]  **JA** [ ]  **NEE APOTHEEK** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE HUISARTS**[ ]  **JA** [ ]  **NEE APOTHEEK** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |

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