

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS VIA

HET LSP **JA**

NEE

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.

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: **Huisartsenpraktijk Nazareth**

Ap
oth
 eek
Huisarts

ADRES: **Kemenadeplein 2-4**

GFBOORTFDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

POSTCODE EN PLAATS: **6222VE Maastricht**

MIJN GEGEVENS

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

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

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 wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

JA	NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
JA	NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
JA	NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
JA	NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
JA	NEE	DATUM:	HANDTEKENING OUDER/VOOGD:	

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