

☐ **JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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.

☐ **NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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(S) AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

Zorgverlener 1

NAAM: Apotheek Hoefstraat

☒ Apotheek
☐ Huisarts

ADRES: Hoefstraat 240

POSTCODE EN PLAATS: 5014 NR Tilburg

Zorgverlener 2

NAAM:

☒ Apotheek
☐ Huisarts

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:

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 toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten. Heeft u meer dan twee kinderen? Gebruik dan meerdere formulieren.

Handtekening kind:

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

Lever dit formulier in bij (een van) de zorgverlener(s) aan wie u toestemming geeft.