

TOESTEMMING VOOR UITWISSELING PATIËNTENGEGEVENS

Met dit formulier kunt u aangeven of u toestemming geeft aan onderstaande zorgverleners de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners zoals huisartsenposten, (ziekenhuis)apothekers en medisch specialisten.

Vragen? In de brochure *Uw medische gegevens elektronische beschikbaar? Alleen met uw toestemming!* kunt u meer informatie vinden. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen.

TOESTEMMING

- JA** ik geef toestemming aan onderstaande zorgverleners/zorgaanbieders om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners
- NEE** ik ga er niet mee akkoord dat onderstaande zorgverleners/zorgaanbieders mijn medische gegevens beschikbaar stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners.

NAAM ZORGVERLENER / ZORGAANBIEDER

Huisartsenpraktijk Molenhoek; Prinsenweg 6 te 6584 AZ Molenhoek

Service Apotheek Malden; Schoolstraat 8 te 6581 BG Malden

Service Apotheek De Vuursteen; Prinsenweg 6 te 6584 AZ Molenhoek

MIJN GEGEVENS

Naam..... Geboortedatum.....

Straat.....

Postcode..... Plaats.....

GEGEVENS KINDEREN ONDER DE 16 JAAR *Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in.*

Voor kinderen onder de 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u de volgende gegevens invullen. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar is daarnaast hun eigen toestemming nodig. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen.

Kind 1.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 1
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 2.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 2
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 3.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 3
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

Kind 4.....

Geboortedatum..... Handtekening kind 4
Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar

ONDERTEKENING

Datum en plaats..... Uw handtekening