

(praktijk)naam of stempel

TOESTEMMINGSFORMULIER PATIËNTEN

ELEKTRONISCHE UITWISSELING VAN MEDISCHE GEGEVENS

Ik ga (wij gaan) akkoord met het beschikbaar stellen van mijn (onze) medische gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure beschreven.

	Mijn gegevens:	Gegevens evt. partner:
Naam en voorletters:		
Geboortedatum / geslacht/...../..... M <input type="checkbox"/> / V <input type="checkbox"/>/...../..... M <input type="checkbox"/> / V <input type="checkbox"/>
Adres: (Straat, Postcode, Woonplaats)		
E-mailadres:		
Naam van mijn huisarts:		
Naam van mijn apotheek:		

Heeft u kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming
- Voor kinderen van 12-16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf via een eigen formulier toestemming

Voor mijn (onze) kinderen tot 16 jaar geef ik (geven wij) hierbij toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen voor wie ik de toestemming verleen zijn:

Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		

Kinderen tussen 12 en 16 jaar kunnen ook een eigen formulier invullen, overeenkomstig de wettelijke eisen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in.

Datum:		(Uzelf)	(Evt. partner)
Handtekening:			

VERGEET NIET UW HANDTEKENING TE ZETTEN ↑

voor toelichting zie informatiebrochure

