

Toestemmingsregistratieformulier Patiënten LSP

Vertrouwelijk concept
© 2014 DMDR Medical Marketing BV

- JA**, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- NEE**, ik ga niet akkoord.

	Mijn gegevens:	Mijn partner:
Naam en voorletters:		
Geboortedatum en geslacht:	/ / Man <input type="checkbox"/> / Vrouw <input type="checkbox"/>	/ / Man <input type="checkbox"/> / Vrouw <input type="checkbox"/>
Adres: (Straat, Postcode, Woonplaats)		
Huisarts: (uw eigen huisarts die over uw gegevens beschikt):		
Apotheek: (de apotheek die over uw gegevens beschikt):		

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. Extra formulieren zijn te verkrijgen bij uw huisarts maar u kunt natuurlijk ook zelf een kopie maken van dit formulier.

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik 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 waarvoor 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:		
Handtekening:	(Uzelf)	(Partner)

Voor meer informatie over de uitwisseling van medische gegevens kunt u terecht bij uw zorgverlener.

Lever dit formulier in bij uw zorgverlener of gebruik de bijgaande antwoordenvolp.