

## TOESTEMMING

Ik geef wel/geen toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven. Kruis hieronder per zorgverlener aan of u wel of geen toestemming geeft en lever dit formulier in bij één van deze zorgverleners. Die geeft uw keuze door aan de andere zorgverleners op het formulier. U kunt dit formulier ook gebruiken om slechts aan één zorgverlener uw keuze kenbaar te maken.

<b>HUISARTS</b>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	
<b>APOTHEEK</b>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE
NAAM:	
ADRES:	
POSTCODE EN PLAATS:	

<b>MIJN GEGEVENS</b>		
*Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.		
ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBOORTEDATUM:		
E-MAIL:	TELEFOONNUMMER:	
DATUM:		
HANDTEKENING:		

<b>HEEFT U KINDEREN?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.</li> <li>• Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.</li> <li>• Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.</li> </ul>		
<b>GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN</b>		
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	HUISARTS VOOR- EN ACHTERNAAM:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	APOTHEEK GEBOORTEDATUM:	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	HUISARTS VOOR- EN ACHTERNAAM:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	APOTHEEK GEBOORTEDATUM:	
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	HUISARTS VOOR- EN ACHTERNAAM:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> V
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	APOTHEEK GEBOORTEDATUM:	
DATUM:	HANDTEKENING:	

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.