

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

☐ **JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

☐ **NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

MIJN GEGEVENS * Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

☐ M ☐ V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBORTE DATUM:

E-MAIL:

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- 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.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBORTE DATUM:

☐ M ☐ V

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

We\$tergracht
huisartsen

Van Oosten de Bruijnstraat 2
2014 VS Haarlem

DATUM:

HANDTEKENING:

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