

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS



JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

U kunt deze folder vragen aan uw huisarts of apotheek, maar ook vinden op www.vzvz.nl bij **informatiemateriaal**

DIT FORMULIER IS GELDIG VOOR:

**Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk
Heinenoord
Emmastraat 2 B
3274 AC Heinenoord**

MIJN GEGEVENS (vul uw gegevens volledig in)

Achternaam:

Voorletters:

M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Email:

Datum en plaats:

Handtekening:

GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

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

Achternaam & Voorletters:

Geboortedatum:

M V

Handtekening: *1)

Achternaam & Voorletters:

Geboortedatum:

M V

Handtekening: *1)

Achternaam & Voorletters:

Geboortedatum:

M V

Handtekening: *1)

Achternaam & Voorletters:

Geboortedatum:

M V

Handtekening: *1)

*1) Handtekening is niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar