

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

U kunt uw toestemming ook elektronisch regelen, zie hiervoor VZVZ.nl

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande huisarts, die mijn medisch dossier beheert, en apotheker, die mijn medicatiedossier beheert, raadpleging van essentiële gegevens mogelijk te maken voor andere zorgverleners die bij mijn behandeling betrokken zijn, zoals in de brochure "uw medische gegevens elektronisch delen" is aangegeven

NEE

Ik geef géén toestemming aan onderstaande huisarts en apotheker om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure "uw medische gegevens elektronisch delen" is aangegeven.

Concreet gaat het hierbij om het medicatieoverzicht, het waarneemdossier en relevante labwaarden.

Mijn gegevens:

Naam en voorletter(s):				Voorletters:	
Adres:					
PC en Woonplaats					
Geboortedatum:	.. /.. /	M	V		
E-mail adres:					

Naam huisarts:		Vestigingsplaats:	
Naam Apotheek:		Vestigingsplaats:	

Gegevens van eventuele partner en kinderen:

1. Naam:

Geboortedatum: .. /.. / M V

Handtekening:

* Niet nodig bij kinderen jonger dan 12 jaar

2. Naam:

Geboortedatum: .. /.. / M V

Handtekening:

* Niet nodig bij kinderen jonger dan 12 jaar

3. Naam:

Geboortedatum: .. /.. / M V

Handtekening:

* Niet nodig bij kinderen jonger dan 12 jaar

4. Naam:

Geboortedatum: .. /.. / M V

Handtekening:

* Niet nodig bij kinderen jonger dan 12 jaar

Na invulling en ondertekening kunt u dit formulier bij uw huisarts of apotheek inleveren.

Datum: .. /.. /

Handtekening