

Toestemming voor uitwisseling patiëntengegevens

- JA, ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners.**
- Nee, ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners.**

Mijn gegevens:

Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode :
Plaats :

Gegevens kinderen onder de 16 jaar. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in.

Voor kinderen onder de 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u de volgende gegevens invullen. Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar is daarnaast hun eigen toestemming nodig. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen.

Naam Kind 1

Geboortedatum Handtekening kind (Alleen nodig in de leeftijd 12 t/m 15 jaar)

Naam Kind 2

Geboortedatum Handtekening kind 2

Naam Kind 3

Geboortedatum Handtekening kind 3

Naam Kind 4

Geboortedatum Handtekening kind 4

Ondertekening:

Datum en plaats

Handtekening