

استمارة الإذن

توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP) يرجى ملء الاستمارة باللغة الهولندية.
أنا أُمْنَح/لا أُمْنَح الإذن لمقدم(ي) الرعاية المذكورين أسفله لتوفير إمكانية الاطلاع على بياناتي عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP). على كل المعلومات في المنشور إنعم: لقد قرأت جميع نعم! أريد مشاركة بياناتي الطبية أُمْنَح الإذن لمشاركة سجلاتك الطبية. وأفهمها بشكل صحيح. **يرجى ملء الاستمارة باللغة الهولندية.**

بيانات طبيب الأسرة أو الصيدلية

لن من مقدمي الرعاية تقوم بترتيب الإذن (مقدم الرعاية 1)؟	<input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> الصيدلية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الاسم:		
العنوان:		
الرمز البريدي ومحل الإقامة:		

لن من مقدمي الرعاية تقوم بترتيب الإذن (مقدم الرعاية 2)؟	<input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> الصيدلية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الاسم:		
العنوان:		
الرمز البريدي ومحل الإقامة:		

البيانات الخاصة بي:

املء البيانات أسفله. لا تنسى أن توقع.

الاسم العائلي:	الأحرف الأولى من الاسم:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
العنوان:		
الرمز البريدي ومحل الإقامة:		
تاريخ الميلاد:		
التوقيع:	التاريخ:	

هل تريد ترتيب الإذن لأطفالك؟

- بالنسبة للأطفال إلى 12 سنة: تمنح بصفتك والد أو وصي الإذن. يمكنكم استعمال هذه الاستمارة من أجل ذلك.
- بالنسبة للأطفال من 12 إلى 16 سنة الذين يريدون منح الإذن: توقع أنت بصفتك والد أو وصي ويوقع الطفل كذلك.
- يُمنَح الأطفال ابتداء من 16 سنة الإذن بأنفسهم ويملؤون استمارة خاصة بهم.

بيانات أطفالي

املء هنا بيانات الأطفال الذين تريد ترتيب الإذن لهم. لا تنسى أن توقع أسفله أيضاً. هل لديك أكثر من طفلين؟ اطلب إذن استمارة الإذن إضافية.

الاسم الشخصي والعائلي:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
مقدم الرعاية 1: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الميلاد:
مقدم الرعاية 2: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	توقيع الطفل:
الاسم الشخصي والعائلي:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
مقدم الرعاية 1: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الميلاد:
مقدم الرعاية 2: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	توقيع الطفل:
التاريخ:	توقيع الوالد أو الوصي:

قدم هذه الاستمارة لدى (واحد من) مقدم(ي) الرعاية الذي(ن) تريد ترتيب الإذن له(م).