

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

Ik geef **wel/geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 1)	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Naam:		
Adres:		
Postcode en plaats:		

Voor welke zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 2)	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Naam:		
Adres:		
Postcode en plaats:		

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres:			
Postcode en plaats:			
Geboortedatum:	Handtekening:		
	Datum:		

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening ouder of voogd:	Datum:
------------------------------------	--------------

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.