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)** | **🞏 mijn huisarts**  **🞏 mijn apotheek** | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Postcode en plaats:** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Voor welke zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 2)** | **🞏 mijn huisarts**  **🞏 mijn apotheek** | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Postcode en plaats:** |  |
|  |  |

# Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  |  |  |
| **Adres:** |  | | | | |
| **Postcode en plaats:** |  | | | | |
| **Geboortedatum:** |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

# Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger) vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  |  |  |
| **Adres:** |  | | | | |
| **Postcode en plaats:** |  | | | | |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | | |
|  |  | **Datum:** |  | | |
|  | | | | | |

# Relatie tot persoon:

🞏 Ouder 🞏 Voogd  
🞏 Curator 🞏 Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger  
🞏 Mentor 🞏 Onbenoemde vertegenwoordiger