

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP bij (wettelijk) vertegenwoordiging



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:	.....

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:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ouder | <input type="checkbox"/> Voogd |
| <input type="checkbox"/> Curator | <input type="checkbox"/> Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger |
| <input type="checkbox"/> Mentor | <input type="checkbox"/> Onbenoemde vertegenwoordiger |

Lever dit formulier in bij (één van) de zorgverleners bij wie je toestemming regelt.