# Instelling verstandelijk gehandicapten

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 de bijlage ‘Toestemming Arts Verstandelijk Gehandicapten’ *en ik heb het goed begrepen*.

# Gegevens zorgverleners

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instelling verstandelijk gehandicapten** | | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |  | **Huisarts** |  | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |
| **Naam:** |  | |  | **Naam:** |  | |
| **Adres:** |  | |  | **Adres:** |  | |
| **Postcode + plaats:** |  | |  | **Postcode + plaats:** |  | |
|  | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Apotheek** |  | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |  | **Apotheek** |  | **🞏 JA**  **🞏 NEE** |
| **Naam:** |  | |  | **Naam:** |  | |
| **Adres:** |  | |  | **Adres:** |  | |
| **Postcode + plaats:** |  | |  | **Postcode + plaats:** |  | |
|  | | |  |  | | |

# Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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