



volg je zorg

استمارة الإذن

توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP)
يرجى ملء الاستمارة باللغة الهولندية.

لا ☐

أنا **لا أعطي** الإذن لمقدم الرعاية المذكور أسفله لكي يوفر إمكانية الاطلاع على بياناتي عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP). لقد اطلعت على كل المعلومات في المنشور 'توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP)'. نعم: لقد قرأت جميع المعلومات الموجودة في المنشور "توفير إمكانية! نعم! أريد مشاركة بياناتي الطبية امنح الإذن لمشاركة سجلاتك الطبية وأفهمها بشكل صحيح

نعم ☐

أنا **أعطي** الإذن لمقدم الرعاية المذكور أسفله لكي يوفر إمكانية الاطلاع على بياناتي عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP). لقد اطلعت على كل المعلومات في المنشور 'توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP)'. نعم: لقد قرأت جميع المعلومات الموجودة في المنشور "توفير إمكانية! نعم! أريد مشاركة بياناتي الطبية امنح الإذن لمشاركة سجلاتك الطبية وأفهمها بشكل صحيح

بيانات طبيب الأسرة أو الصيدلية

لمن من مقدمي الرعاية تقوم بترتيب الإذن؟

☐ طبيب الأسرة
☐ الصيدلية

الاسم:

العنوان:

الرمز البريدي ومحل الإقامة:

هل تريد إعطاء الإذن لمقدم رعاية آخر؟ اطلب إذن استمارة الإذن إضافية.

البيانات الخاصة بي:

املء البيانات أسفله. **لا تنسى أن تضع توقيعك.**

الاسم العائلي:

الأحرف الأولى من الاسم:

العنوان:

الرمز البريدي ومحل الإقامة:

تاريخ الميلاد:

التاريخ:

التوقيع:

هل تريد ترتيب الإذن لأطفالك؟

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

بيانات أطفال

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:

تاريخ الميلاد:

توقيع الطفل:

نعم ☐ لا ☐

الاسم الشخصي والعائلي:

تاريخ الميلاد:

توقيع الطفل:

نعم ☐ لا ☐

توقيع الوالد أو الوصي:

التاريخ:

قدم هذه الاستمارة لطبيب الأسرة أو الصيدلية الذي/التي تريد ترتيب الإذن عنده/عندها.