# Delen van uw medische gegevens via het LSP voor huisartswaarneming

|  |  |
| --- | --- |
| **JA** | **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens te delen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. | Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens te delen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. |

# Delen van uw medische gegevens via het LSP voor Ketenzorg

|  |  |
| --- | --- |
| **JA** | **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens te delen via het LSP voor **Ketenzorg**. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Uitwisseling van uw medische gegevens bij de behandeling van uw chronische ziekte’ *en ik heb het goed begrepen*. | Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens te delen via het LSP voor **Ketenzorg**. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Uitwisseling van uw medische gegevens bij de behandeling van uw chronische ziekte’ *en ik heb het goed begrepen*. |

# Gegevens huisarts

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?** |  |  |

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

# Mijn gegevens vergeet niet uw handtekening te zetten

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