

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

☐ **JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

☐ **NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

MIJN GEGEVENS

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

☐ M ☐ V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

E-MAIL:

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M ☐ V

☐ **JA** ☐ **NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M ☐ V

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM: Huisartsenpraktijk Molenwijk

ADRES: Molenwijk 18

POSTCODE EN PLAATS: 1035 EG Amsterdam

DATUM: Handtekening