

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 (Graag inleveren bij de balie a.u.b.)

NAAM: Huisartsenpraktijk de Brinkhof

ADRES: Brinkstraat 10

POSTCODE EN PLAATS: 8431 LC Oosterwolde

DATUM: