

TOESTEMMINGSREGISTRATIE FORMULIER PATIENTEN

BETREFFENDE ZORGVERLENERS

<input type="checkbox"/>
Huisartsenpraktijk Pallion Blaauwe Hofke 100 4561 VN Hulst

<input type="checkbox"/>
Apotheek Reynaert –Nobel B.V. Steenstraat 5-7 4561 AR Hulst

<input type="checkbox"/>
Apotheek Hulst-Zoetevaart B.V. Dubbele Poort 7 4561BJ Hulst

JA, ik geef toestemming aan bovenstaande zorgverleners (*graag aankruisen*) om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure “Uw medische gegevens elektronisch delen?” en op de website www.ikgeeftoestemming.nl is aangegeven.

NEE, ik geef geen toestemming.

DATUM:

NAAM:

ADRES:

GEBOORTEDATUM:.....

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u onderstaande invullen voor zover gewenst en van toepassing

Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij ook toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik toestemming verleen zijn:

NAAM:

Geboortedatum:

NAAM:

Geboortedatum:

NAAM:

Geboortedatum:

NAAM:

Geboortedatum:

Indien leeftijd < 16 jaar handtekening en naam van ouder:

Naam Ouder:.....

Handtekening:.....

Handtekening:.....

Let op:

Voor het geven van toestemming dient u 16 jaar of ouder te zijn. Voor kinderen t/m 11 jaar kunnen de ouders toestemming geven. Voor kinderen van 12 t/m 15 jaar moeten ouder en kind tekenen.

Indien u al een formulier heeft ingevuld, is dit niet meer van toepassing