**TOESTEMMINGSFORMULIER**

**ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **JA** Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ en/of de folder ‘Beter geholpen met goede informatie’ van VZVZ is aangegeven. | [ ]  **NEE**Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure ‘Uw medische gegevens elektronisch delen?’ en/of de folder ‘Beter geholpen met goede informatie’ van VZVZ is aangegeven.  |
|  |
| **GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:**  |
| NAAM: **Huisartsenpraktijk Spaarndam** | **Huisarts** |
| ADRES: **Ringweg 32** |
| POSTCODE EN PLAATS: **2064 KK Spaarndam** |

**MIJN GEGEVENS**

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACHTERNAAM: | VOORLETTERS: | [ ]  M [ ]  V |
| ADRES: |
| POSTCODE EN PLAATS: |
| GEBOORTEDATUM: |
| DATUM: | HANDTEKENING: |

**WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?**

* Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
* Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

**GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)**

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Handtekening kind: |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE**  | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M[ ]  V | Versie januari 2016 |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |  |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |  |
| [ ]  **JA** [ ]  **NEE** | VOOR- EN ACHTERNAAM:GEBOORTEDATUM: | [ ]  M [ ]  V |  |
| DATUM: | HANDTEKENING OUDER/VOOGD: |

**Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.**