

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.

0 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: _____ 0 M 0 V

ADRES: _____

POSTCODE EN PLAATS: _____

GEBOORTEDATUM: _____

TELEFOON: _____

E-MAIL: _____

DATUM: _____

HANDTEKENING:

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM: W.H.Mol en J.F.H. Pulles _____

ADRES: Kerkstraat 24 _____

POSTCODE EN PLAATS: 6627 AL Maasbommel _____

TOESTEMMING REGELEN VOOR 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

0 Ja 0 Nee VOOR- EN ACHTERNAAM: _____

GEBOORTEDATUM: _____ 0 M 0 V

0 Ja 0 Nee VOOR- EN ACHTERNAAM: _____

GEBOORTEDATUM: _____ 0 M 0 V

0 Ja 0 Nee VOOR- EN ACHTERNAAM: _____

GEBOORTEDATUM: _____ 0 M 0 V

0 Ja 0 Nee VOOR- EN ACHTERNAAM: _____

GEBOORTEDATUM: _____ 0 M 0 V

*** Voor meer informatie zie: www.ikgeeftoestemming.nl**