

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?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' 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' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

MIJN GEGEVENS *Alle velden op dit toestemmingsformulier moeten volledig worden ingevuld.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
E-MAIL:		

*Uw dossier wordt door ons met grote nauwkeurigheid en zorg bijgehouden. Wij kunnen echter niet volledig uitsluiten dat er onvolkomenheden in uw dossier kunnen sluipen.

*Uw gegevens worden uitgewisseld via een beveiligde netwerk. Deze wordt zeer zorgvuldig beheerd. De praktijk leert ons echter dat er geen garanties zijn van 100% beveiliging. U kunt de huisartsenpraktijk niet aansprakelijk stellen voor onjuist gebruik van gegevens door derde.

DATUM:	HANDTEKENING:
--------	---------------

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM: **Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Buren**

ADRES: **Dreef 7**

POSTCODE EN PLAATS: **4116 CW Buren**

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

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

DATUM:	HANDTEKENING:
--------	---------------

Controleer of u alle velden op het formulier heeft ingevuld, anders is het formulier ongeldig.