

# 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

NAAM:

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

DATUM: