

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure "Uw medische gegevens elektronisch delen?" is aangegeven.	Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de informatiebrochure "Uw medische gegevens elektronisch delen?" is aangegeven.

MIJN GEGEVENS

NAAM: M V

ADRES:

POSTCODE EN WOONPLAATS:

GEBOORTEDATUM:

EMAIL:

TELEFOON:

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/HAAAR NAAM ZETTEN.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

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

Datum en plaats:

Handtekening

GEGEVENS ZORGVERLENER

NAAM: Huisartsenpraktijk Hogenbosch

ADRES: Pandgang 2

POSTCODE: 5057 EA

PLAATS: Berkel-Enschot