

Toestemming voor elektronische uitwisseling patiëntengegevens

Uw huisartsenpraktijk en apotheek zullen gebruik gaan maken van een beveiligd netwerk (LSP) om medische gegevens uit te wisselen. Vindt u het goed dat, indien nodig, uw belangrijkste medische gegevens op de huisartsenpost en belangrijke gegevens voor uw medicatiegebruik bij de (dienst)apotheek kunnen worden opgevraagd? Dan moet u hiervoor toestemming geven. Wij vragen u en uw gezinsleden daarom het onderstaande formulier, in te vullen, te tekenen en af te geven bij uw huisarts of apotheek. Als u het afgelopen jaar al toestemming heeft gegeven, hoeft u dit niet meer te doen. U vindt meer informatie op www.vz vz.nl. Dit formulier is tot stand gekomen door samenwerking tussen:



Limburgse
Apothekers
Coöperatie



Met dit formulier geeft u aan of u uw huisarts of apotheek toestemming verleent om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners in de regio.

Dit formulier geldt voor de zorgverleners/zorgaanbieders hieronder aangegeven. Wilt u uw toestemming verlenen aan andere zorgverleners/ zorgaanbieders? Ga dan naar www.ikgeeftoestemming.nl

Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij uw huisarts of apotheek.

Informatie

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen? Alleen met uw toestemming!' beschrijft gedetailleerd hoe medische gegevens elektronisch worden gedeeld. U kunt ook uw huisarts of apotheek om meer informatie vragen of www.vz vz.nl raadplegen.

TOESTEMMING

☐ = **JA** Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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.

(graag hieronder de vakjes per zorgverlener aankruisen)

☐ = **NEE** Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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.

☐ HUISARTS

Naam huisarts

Praktijknaam:

Plaats:

☐ APOTHEEK

Naam apotheek

Plaats:

☐ Politheek Ziekenhuis VieCuri Venlo & Venray



☐ Dienstapotheek Venlo & Venray



MIJN GEGEVENS

Achternaam

Voorletters

☐ M ☐ V

Straat

Geboortedatum

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

E-mailadres

ONDERTEKENING

Datum en plaats

Uw handtekening

Let op! Zie ommezijde

Op datum 15-09-2015

GEGEVENS PARTNER

Achternaam

Voorletters

☐ M ☐ V

Straat

Geboortedatum

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

E-mailadres

ONDERTEKENING

Datum en plaats

Uw handtekening

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

1. Voor- en achternaam

Geboortedatum

☐ M ☐ V

Handtekening

niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

Toestemming

☐ JA ☐ NEE

Telefoonnummer

E-mailadres

2. Naam

Geboortedatum

☐ M ☐ V

Handtekening

niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

Toestemming

☐ JA ☐ NEE

Telefoonnummer

E-mailadres

3. Naam

Geboortedatum

☐ M ☐ V

Handtekening

niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

Toestemming

☐ JA ☐ NEE

Telefoonnummer

E-mailadres

4. Naam

Geboortedatum

☐ M ☐ V

Handtekening

niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

Toestemming

☐ JA ☐ NEE

Telefoonnummer

E-mailadres