

Toestemming voor uitwisseling patiëntgegevens

Met dit formulier geeft u aan of u uw huisarts/huisartsenpraktijk toestemming verleent om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners.

Voor elke zorgverlener een apart formulier

Dit formulier geldt voor één zorgverlener/zorgaanbieder. Wilt u uw toestemming verlenen aan andere zorgverleners/zorgaanbieders? Download dan via www.zorginforegionijmegen.nl voor elk een blanco formulier en vul het opnieuw in.

Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij de huisarts/huisartsenpraktijk die u op dit formulier invult.

Vragen?

Meer informatie vindt u in de folder *Beter geholpen met goede informatie – Over het elektronisch uitwisselen van uw medische gegevens*. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen, of surf naar www.zorginforegionijmegen.nl en/of www.vzvx.nl.

TOESTEMMING

JA ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners.

NEE ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners.

HUISARTS

Naam huisarts

MIJN GEGEVENS

Naam Geboortedatum

Straat

Postcode Plaats

Mobiele tel. E-mail

ONDERTEKENING

Datum en plaats Uw handtekening

GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen. Van kinderen onder de 12 jaar is geen eigen toestemming nodig.

1. Naam

Geboortedatum Handtekening
niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

2. Naam

Geboortedatum Handtekening
niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

3. Naam

Geboortjaar Handtekening
niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar

4. Naam

Geboortjaar Handtekening
niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar