

☐ **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:	☐ M ☐ V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
E-MAIL:		
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:
ADRES:
POSTCODE EN PLAATS:

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: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V

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

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