

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

JA

Ik geef toestemming aan mijn huisarts van Leidsche Rijn / Het Zand om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

NEE

Ik geef geen toestemming aan mijn huisarts van Leidsche Rijn / Het Zand om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

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 onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Paraaf
Kind
12-16 jaar

JA	NEE	Voor- en Achternaam: Geboortedatum:
JA	NEE	Voor- en Achternaam: Geboortedatum::
JA	NEE	Voor- en Achternaam: Geboortedatum:
JA	NEE	Voor- en Achternaam: Geboortedatum:

DATUM:

HANDTEKENING:

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

GEZONDHEIDSCENTRUM HET ZAND
'T ZAND 19
3544 NC UTRECHT