***Toestemmingsformulier LSP***

***ELEKTRONISCH UITWISSELING VAN MEDISCHE GEGEVENS***

|  |  |
| --- | --- |
| * JA, voor Huisartsenpraktijk Bocholtz,   voor Huisartsenpraktijk Simpelveld,  voor apotheek Bocholtz,  voor BENU apotheek Simpelveld. | * NEE, voor Huisartsenpraktijk Bocholtz,   voor Huisartsenpraktijk Simpelveld,  voor apotheek Bocholtz,  voor BENU apotheek Simpelveld. |
| Ik geef toestemming aan de bovenstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners | Ik geef geen toestemming aan de bovenstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***MIJN GEGEVENS:*** | | |
| Achternaam: | Voorletters: | ***M/V*** |
| Adres: | | |
| Postcode en Woonplaats: | | |
| Geboortedatum: | | |
| Telefoonnummer: | | |
| Email: | | |

Heeft u kinderen?

* Voor kinderen tot 12 jaar regelt de ouder/voogd toestemming
* Kinderen vanaf 16 jaar kunnen zelf toestemming regelen
* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel het kind als de ouder/voogd toestemming moet geven. Het kind kan een paraaf achter de naam zetten.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN:*** | | | | | |
| ***TOESTEMMING*** | ***Voor- en achternaam*** | | ***Geboortedatum*** | ***Geslacht*** | ***Paraaf*** |
| ***JA / NEE*** |  | |  | ***M / V*** |  |
| ***JA/ NEE*** |  | |  | ***M / V*** |  |
| ***ONDERTEKENING:*** | | | | | |
| ***Datum:*** | | ***Handtekening:*** | | | |

***Lever dit formulier in bij de assistente van de huisartsenpraktijk te Bocholtz!***