

## TOESTEMMING VOOR UITWISSELING VAN PATIENTENGEGEVENS

Met dit formulier geeft u aan of u uw huisarts/apotheek toestemming verleent om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners. U heeft de toelichting in bijgevoegde brief gelezen en aan de hand daarvan uw keuze bepaald.

**Toestemming Huisartsenpraktijk de Meidoorn**  
**Huisartsen Mw. M. Den Braven en Dhr. M. Kerkhoven**



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

**NEE**, ik geef geen toestemming aan mijn **huisarts** om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners

### Toestemming Apotheek:

(vul hier de naam en plaats van uw apotheek in)

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

**NEE**, ik geef geen toestemming aan mijn **apotheek** om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners

Mijn gegevens:

Naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mobiel tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Datum en plaats: \_\_\_\_\_ Uw handtekening: \_\_\_\_\_

Gegevens partner en kinderen:

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen, mits zij dezelfde keuze als u maken. Kinderen van 12 jaar en ouder zetten zelf ook een handtekening.

1. Naam: \_\_\_\_\_

2. Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

handtekening: \_\_\_\_\_

handtekening: \_\_\_\_\_

3. Naam: \_\_\_\_\_

4. Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

handtekening: \_\_\_\_\_

handtekening: \_\_\_\_\_

Extra formulieren kunt u downloaden via onze website: [www.meidoorn.info](http://www.meidoorn.info)  
U kunt gebruik maken van de retour envelop