**TOESTEMMINGSFORMULIER**

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

|  |  |
| --- | --- |
| **☐ JA** | **☐ NEE** |
| Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure “Uw medische gegevens elektronisch delen?” is aangegeven. | Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de informatiebrochure “Uw medische gegevens elektronisch delen?” is aangegeven.  |

**MIJN GEGEVENS**

NAAM: ………………………..................................................................... ☐M ☐V

ADRES: ………..………………………………………………………………….

POSTCODE EN WOONPLAATS: ………………………………………………….

GEBOORTEDATUM: ………………….…………………………………..................

EMAIL: ……………………………..……………………………………………..

TELEFOON: ……………………………………………………………………………..

**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: ………………………………………GEBOORTEDATUM: ……………………………………………… | ☐M ☐V |
| ☐JA ☐NEE | VOOR- EN ACHTERNAAM: ………………………………………GEBOORTEDATUM: ……………………………………………… | ☐M ☐V |
| ☐JA ☐NEE | VOOR- EN ACHTERNAAM: ………………………………………GEBOORTEDATUM: ……………………………………………… | ☐M ☐V |
| ☐JA ☐NEE | VOOR- EN ACHTERNAAM: ………………………………………GEBOORTEDATUM: ……………………………………………… | ☐M ☐V |

Datum en plaats: ……………………………….

Handtekening ……………………………….

**GEGEVENS ZORGVERLENER**

NAAM: Huisartsenpraktijk F.H. Tilanus-le Nobel, Y. van der Kley-Veenstra

ADRES: Pandgang 2

POSTCODE: 5057 EA

PLAATS: Berkel-Enschot