

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?	<input checked="" type="checkbox"/> mijn huisarts
Naam: ..... Huisartsenpraktijk Rijckehoef	<input type="checkbox"/> mijn apotheek
Adres: ..... van Rijckevorsel van Kessellaan 1a	
Postcode en plaats: ..... 5491 GD Sint-Oedenrode	

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: .....	Voorletters: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres: .....			
Postcode en plaats: .....			
Geboortedatum: .....	Datum: .....	Handtekening: .....	

## Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.

Achternaam: .....	Voornaam: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum: .....	Handtekening kind: .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Achternaam: .....	Voornaam: .....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum: .....	Handtekening kind: .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening ouder of voogd: .....	datum: .....
------------------------------------	--------------

**Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.**