**TOESTEMMING VOOR UITWISSELING PATIËNTENGEGEVENS**
Met dit formulier kunt u aangeven of u toestemming geeft aan uw huisarts de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners. Vragen? In de brochure “Uw medische gegevens elektronisch beschikbaar? Alleen met uw toestemming!” kunt u meer informatie vinden\*. U kunt ook uw huisarts, apotheek of ziekenhuis om meer informatie vragen.
\*zie de link op de website: [www.huisartsenpraktijkgennep.nl](http://www.huisartsenpraktijkgennep.nl)

|  |
| --- |
|  |

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

**-NEE,** ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners.

**PATIENTGEGEVENS**

Naam:…………………………………………………………………………………… Geboortedatum:…………………… Straat:…………………………………………………………………………………………………………………………….. Postcode:……………… Plaats:…………………………………………………… Mobiel telefoonnummer: 06…………………………………………………………………

E-mailadres:…………………………………………………............................................

Datum: ………………… Handtekening……………………………………

|  |
| --- |
|  |

*Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Bij personen vanaf 12 jaar is daarnaast hun eigen toestemming nodig. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen.*

**PATIENTGEGEVENS**

Naam:…………………………………………………………………………………… Geboortedatum:……………………

Handtekening (alleen nodig vanaf 12 jaar)……………………………………………………………….

**PATIENTGEGEVENS**

Naam:…………………………………………………………………………………… Geboortedatum:……………………

Handtekening (alleen nodig vanaf 12 jaar)……………………………………………………………….

**PATIENTGEGEVENS**

Naam:…………………………………………………………………………………… Geboortedatum:……………………

Handtekening (alleen nodig vanaf 12 jaar)……………………………………………………………….

**PATIENTGEGEVENS**

Naam:…………………………………………………………………………………… Geboortedatum:……………………

Handtekening (alleen nodig vanaf 12 jaar)………………………………………………………………