

**JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

**NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

## GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM: A.G. Kiès

Apotheek  
 Huisarts

ADRES: Europalaan 86-H

POSTCODE EN PLAATS: 6871 BZ Renkum

## MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M  V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

## WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

## GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

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:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

**Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.**