



Uw apotheek

Apotheek Luttenberg (Apothekers van Salland)

Uw vorige huisarts

Naam : _____
Straat : _____ nr. _____
Postcode : _____
Plaats : _____
Telefoonnummer : _____

Toestemming voor het uitwisselen van medische gegevens

Tevens willen wij u vragen of u toestemming geeft voor het uitwisselen van medische gegevens met andere zorgverleners zoals de apotheek, de huisartsenpost en het ziekenhuis, en het beschikbaar stellen van een deel van uw medische gegevens aan het landelijk schakelpunt (LSP).

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

Mijn Huisarts Mijn Apotheek

Ondertekening

Handtekening: _____ Datum: _____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

Handtekening ouder(s)/ voogd 1 Datum: _____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

Handtekening ouder(s) 2 Datum: _____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)