



Huisartsenpraktijk
't Voorhuis

Toestemmingsformulier

Voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens via het LSP

JA

Ik geef **WEL** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb de informatie op de website www.volgjezorg.nl/toestemming gelezen en goed begrepen.

NEE

Ik geef **GEEN** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb de informatie op de website www.volgjezorg.nl/toestemming gelezen en goed begrepen.

Gegevens van de huisarts aan wie ik toestemming verleen

Naam:

Adres:

Postcode: Plaats:

Mijn gegevens

Achternaam: Voorletters:

Adres:

Postcode: Plaats:

Geboortedatum:

Handtekening: Datum: / /

Lever dit formulier in bij de praktijk.

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen **tot 12 jaar** geeft u als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van **12 tot 16 jaar** zet zowel het kind als de ouder of voogd een handtekening.
- Kinderen **vanaf 16 jaar** geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gebruik de volgende pagina om toestemming te regelen voor uw kinderen. Vergeet niet om ook daar uw eigen handtekening te zetten.



Gegevens van mijn kinderen

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

Achternaam:	<input type="text"/>	Voorletters:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	Handtekening:	<input type="text"/>

Achternaam:	<input type="text"/>	Voorletters:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	Handtekening:	<input type="text"/>

Achternaam:	<input type="text"/>	Voorletters:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	Handtekening:	<input type="text"/>

Achternaam:	<input type="text"/>	Voorletters:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	Handtekening:	<input type="text"/>

Hebt u meer dan 4 kinderen download dan een extra toestemmingsformulier

Handtekening ouder/voogd:

Lever dit formulier in bij de praktijk.