

Toestemmingsformulier

Elektronisch uitwisselen van medische gegevens



Met dit formulier kunt u zowel uw vaste apotheek als Alrijne Zorggroep (inclusief poliklinische apotheken) toestemming verlenen om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners. Die kunnen dan uw gegevens raadplegen als dat nodig is voor uw behandeling. Wij vragen u dit formulier direct in te vullen, zodat een veilige overdracht gewaarborgd is.

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en de folder 'Beter geholpen met goede informatie' beschrijven gedetailleerd hoe medische gegevens worden gedeeld. U kunt ook uw apotheker om meer informatie vragen of www.vzvz.nl raadplegen.

TOESTEMMING

JA

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

NEE

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

Mijn toestemming is geldig voor:

Mijn vaste apotheek:

Naam.....

Adres

Postcode en Plaats

Alrijne Zorggroep *

Postbus 4220

2350 CC Leiderdorp

MIJN GEGEVENS (eventueel patiënten etiket plakken)

Achternaam Voorletter(s) M V

Straat..... Geboortedatum

Postcode..... Plaats

ONDERTEKENING

Datum Handtekening

GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Uw partner en kinderen vanaf 16 jaar moeten dit formulier zelf ondertekenen. Voor kinderen tot 12 jaar geeft een ouder/voogd toestemming. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel een ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

1. Achternaam Voorletter(s)..... M V Toestemming: Ja Nee

Geboortedatum: Datum: Handtekening(en):
.....-.....-.....

2. Achternaam Voorletter(s)..... M V Toestemming: Ja Nee

Geboortedatum: Datum: Handtekening(en):
.....-.....-.....

3. Achternaam Voorletter(s)..... M V Toestemming: Ja Nee

Geboortedatum: Datum: Handtekening(en):
.....-.....-.....

* Alrijne Zorggroep bestaat uit Alrijne Ziekenhuis Leiden, Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp, Alrijne Ziekenhuis Alphen aan de Rijn, Verpleeghuis Leythenrode en Verpleeghuis Oudshoorn. De poliklinische apotheken van Alrijne Ziekenhuis Leiden en Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp behoren tot de Alrijne Ziekenhuizen.