

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP
Wilsbekwame cliënt in een instelling



Instelling verstandelijk gehandicapten

Ik geef **wel/geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en de bijlage "JA! Ik wil grip op mijn zorg" en ik heb het goed begrepen.

Gegevens zorgverleners

Instelling verstandelijk gehandicapten <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Huisarts <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Naam: _____	Naam: _____
Adres: _____	Adres: _____
Postcode + plaats: _____	Postcode + plaats: _____
Apotheek <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Apotheek <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Naam: _____	Naam: _____
Adres: _____	Adres: _____
Postcode + plaats: _____	Postcode + plaats: _____

Mijn gegevens (cliëntgegevens) – vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____	Voorletters: _____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres: _____			
Postcode en plaats: _____			
Geboortedatum: _____	Handtekening: _____		
	Datum: _____		

Is de cliënt jonger dan 12 jaar, of tussen 12 en 16 jaar?

- Voor kinderen tot 12 jaar: jij geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens wettelijk vertegenwoordiger

Ik geef toestemming aan bovenstaande zorgverlener(s) om de gegevens van bovenstaande cliënt onder de 16 jaar beschikbaar te stellen via het LSP. Vul onderstaande gegevens in – **vergeet niet je eigen handtekening te zetten**

Achternaam: _____	Voorletters: _____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres: _____			
Postcode en plaats: _____			
Geboortedatum: _____	Handtekening: _____		
	Datum: _____		

Lever dit formulier in bij (één van) de zorgverlener(s) bij wie je toestemming regelt.