

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP
bij (wettelijke) vertegenwoordiging van wilsonbekwamen



volg je zorg

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 'Toestemming Arts Verstandelijk Gehandicapten'.

Gegevens zorgverleners

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

Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger) vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: Voorletters: M V

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Handtekening: Datum:

Relatie tot persoon:

- Ouder Voogd
- Curator Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger
- Mentor Onbenoemde vertegenwoordiger

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