

# Toestemmingsformulier

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



## 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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en de bijlage 'Toestemming Arts Verstandelijk Gehandicapten' en ik heb het goed begrepen.

## Gegevens zorgverleners

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

## Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

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

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

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

## 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.