**Elektronisch uitwisselen van medische gegevens tussen Reinier de Graaf en behandelend zorgverleners in uw regio**

1. **Ja**

Ik geef toestemming aan het Reinier de Graaf ziekenhuis om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door mijn behandelend zorgverleners in de regio, zoals in de brochure ´*Mag uw behandelend zorgverlener uw medische gegevens inzien´* is aangegeven.

**0 Nee**

Ik geef geen toestemming aan het Reinier de Graaf ziekenhuis om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door mijn behandelend zorgverleners in de regio, zoals in de brochure ´*Mag uw behandelend zorgverlener uw medische gegevens inzien´* is aangegeven.

\* Alle velden op dit formulier moeten volledig worden ingevuld

**MIJN GEGEVENS**

ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VOORLETTERS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

ADRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTCODE EN PLAATS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HANDTEKENING:

**LEVER DIT FORMULIER IN BIJ UW ZORGVERLENER\***

 **ZOZ**

**TOESTEMMING REGELEN VOOR KINDEREN**

* Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
* Kinderen vanaf 12 jaar geven zelf toestemming.

**GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN**

**0 Ja 0 Nee** VOOR- EN ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

**0 Ja 0 Nee** VOOR- EN ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

**0 Ja 0 Nee** VOOR- EN ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

**0 Ja 0 Nee** VOOR- EN ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HANDTEKENING: