

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: Huisartspraktijk Storm de Grave

Adres: Sweelinckplein 45

Postcode en plaats: 2517 GP Den Haag

Wilt u nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Mijn gegevens

Vul onderstaande gegevens in. **Vergeet niet uw handtekening te zetten.**

Achternaam:

Voorletters:

M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u 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 van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam:

M V

Geboortedatum:

JA NEE

Handtekening kind:

Voor- en achternaam:

M V

Geboortedatum:

JA NEE

Handtekening kind:

Datum:

Handtekening ouder of voogd: