

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

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: _____

Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

Achternaam: _____	Voorletters: _____
Adres: _____	
Postcode en plaats: _____	
Geboortedatum: _____	

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

Achternaam: _____	Voorletters: _____
Adres: _____	
Postcode en plaats: _____	
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.