

# Toestemming voor uitwisseling patiëntengegevens

Uw huisartsenpraktijk en apotheek zullen gebruik gaan maken van een beveiligd netwerk (LSP) om medische gegevens uit te wisselen. Vindt u het goed dat, indien nodig, uw belangrijkste medische gegevens op de huisartsenpost en belangrijke gegevens voor uw medicatiegebruik bij de (dienst)apotheek kunnen worden opgevraagd? Dat kan alleen met uw toestemming. Wij vragen u en uw gezinsleden daarom het onderstaande formulier, te tekenen en af te geven bij uw huisarts of apotheek. Als u het afgelopen jaar al toestemming heeft gegeven, is dit voor u niet van toepassing. U vindt meer informatie op [www.vzvez.nl](http://www.vzvez.nl). Dit formulier is tot stand gekomen door samenwerking tussen:



Limburgse  
Apothekers  
Coöperatie



Met dit formulier geeft u aan of u uw huisarts of apotheek toestemming verleent om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners in de regio.

Dit formulier geldt voor de zorgverleners/zorgaanbieders hieronder aangegeven. Wilt u uw toestemming verlenen aan andere zorgverleners/ zorgaanbieders? Ga dan naar [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

## Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij uw huisarts of apotheek.

## Informatie

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' beschrijft gedetailleerd hoe medische gegevens worden gedeeld. U kunt ook uw huisarts of apotheek om meer informatie vragen of [www.vzvez.nl](http://www.vzvez.nl) raadplegen.

## TOESTEMMING

= **JA** Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) (**graag hieronder aanvinken**) om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

= **NEE** Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' is aangegeven.

**HUISARTS**

Naam huisarts

**APOTHEEK**

Naam apotheek

**Politheek Ziekenhuis VieCuri  
Venlo & Venray**



**Dienstapotheek  
Venlo & Venray**



## MIJN GEGEVENS

Naam

Voorletters

M  V

Straat

Geboortedatum

Postcode

Plaats

Mobiele tel.

E-mail

## ONDERTEKENING

Datum en plaats

Uw handtekening

**GEGEVENS VAN EVENTUELE PARTNER EN KINDEREN**

Voor uw partner en kinderen die bij u inwonen kunt u de volgende gegevens invullen. Zij moeten dit formulier mede ondertekenen. Van kinderen onder de 12 jaar is geen eigen toestemming nodig.

**1. Naam** .....

Geboortedatum  M  V Handtekening  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

**2. Naam** .....

Geboortedatum  M  V Handtekening  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

**3. Naam** .....

Geboortedatum  M  V Handtekening  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*

**4. Naam** .....

Geboortedatum  M  V Handtekening  
*niet nodig bij kinderen onder de 12 jaar*