

## TOESTEMMINGSFORMULIER

### Beschikbaar stellen van uw medische gegevens

Aanvinken indien van toepassing (meerdere opties mogelijk):

JA

Ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door zorgverleners in en buiten Noordwest Ziekenhuisgroep die betrokken zijn bij mijn behandeling, waaronder Huisartsen Centrumwaard.

Inzage huisarts in ziekenhuis

JA

Ik geef toestemming aan Huisartsen Centrumwaard en Noordwest Ziekenhuisgroep om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP (Landelijk Schakelpunt).

Inzage huisarts - huisartsenpost en apotheek

NEE

Ik geef GEEN toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door zorgverleners buiten Huisartsen Centrumwaard, die betrokken zijn bij mijn behandeling.

Geen inzage huisarts in andere systemen

### Mijn gegevens en/of gegevens van mijn kinderen tot 12 jaar:

*(kinderen vanaf 12 jaar zetten ook een handtekening, kinderen vanaf 16 jaar vullen zelf een formulier in)*

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletter: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

(vergeet niet een handtekening te zetten!)

Datum:

Handtekening:

---

Extra informatie? Kijk op

**VOLGJEZORG.NL of NWZ.NL/TOESTEMMING**