

☐ **JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

☐ **NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

MIJN GEGEVENS

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

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	☐ M ☐ V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
DATUM:	HANDTEKENING:	

Emailadres:

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM: Mediversum

ADRES: Nijverheidslaan 3U

POSTCODE EN PLAATS: 3903 AL, Veenendaal

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Vul onderstaande gegevens voor uw kind(eren) in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V
☐ JA ☐ NEE	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	☐ M ☐ V

DATUM:	HANDTEKENING:
--------	---------------