|  |  |
| --- | --- |
| HA |  |
| APO |  |
| DLZ |  |

 [Nieuwe naam voor Westfriesgasthuis en Waterlandziekenhuis - iHoorn.nl](https://www.google.nl/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.ihoorn.nl%2Fnieuwe-naam-voor-westfriesgasthuis-en-waterlandziekenhuis%2F&psig=AOvVaw2K9PCA3Z5WecKaBsHm-sHy&ust=1623503105172000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLimksHSj_ECFQAAAAAdAAAAABAE) 

**Toestemmingsformulier patiënten**

Ik ga wel/ niet akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders. Mijn toestemming dan wel bezwaar geldt voor de door mij aangevinkte zorgverleners. Het beschikbaar stellen gaat via een regionaal netwerk of via een landelijk netwerk, genoemd de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij; indien ik ‘ja’ invul, ga ik akkoord met het aanmelden van mijn gegevens in de verwijsindex, zoals in de informatiebrochure beschreven.  
Datum: ……………………… BSN-nummer: ………………………………  
Naam: ……………………………………………………………………………………………………………………  
Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………  
Geboortedatum: …………………………………………………………………………………………………….  
Handtekening: …………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| 1 Huisarts Naam huisarts:…………………………………………………… Vestigingsplaats:  O Ja ik ga akkoord O Nee ik ga niet akkoord |
| 2 Apotheek O Ja ik ga akkoord en sta ingeschreven bij de volgende apotheek O Nee ik ga niet akkoord  O Maelson apotheek (dienstapotheek bij het DLZ)  O Apotheek de Groene Wijzend O Mediq apotheek Drechterland O Apotheek de Groote Gaper O Mediq apotheek Stede Broec O Apotheek de Grote Waal O Mediq apotheek Enkhuizen O Apotheek de Korenbloem O Apotheek de Koperwiek O Kring-apotheek Kersenboogerd O Mediq apotheek Wervershoof O Kring-apotheek Grevelingen O Kringapotheek West Friesland O Mediq apotheek Jeudje O Apotheek Wognum |
| 3 Ziekenhuis: DLZ  O Ja ik ga akkoord O Nee ik ga niet akkoord |

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u onderstaande gegevens invullen.  
Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik dezelfde toestemming voor het beschikbaar stellen van hun medische gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via een regionaal netwerk of via een landelijk netwerk. Ik ga wel/ niet akkoord met het aanmelden van hun gegevens in de verwijsindex, zoals in de informatiebrochure beschreven. De kinderen waarvoor ik wel/ niet toestemming verleen zijn:  
Naam: …………………………………………………………… Naam: ……………………………………………………  
Geboortedatum: …………………………………………… Geboortedatum: ……………………………………  
Naam: …………………………………………………………… Naam: …………………………………………………..  
Geboortedatum: …………………………………………… Geboortedatum: …………………………………..

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat ouders of verzorgers schriftelijk toestemming geven met dit formulier **en** dat kinderen ook zelf een formulier in moeten vullen. Kinderen vanaf 16 jaar vullen een eigen formulier in. Zij hebben uw toestemming niet nodig.