Aletta
Huisartspraktijk

Toestemmingsformulier

Met dit formulier geeft u uw huisarts toestemming om bepaalde medische gegevens met één persoon of organisatie te delen. Vul beide pagina's in. Gebruik voor elke andere ontvanger een nieuw formulier.

Voor patiënten vanaf 16 jaar die zelf over deze toestemming kunnen beslissen. Is dit niet van toepassing? Neem contact op met de praktijk voor passende ondertekening.

Mijn gegevens

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Wie mag mijn gegevens ontvangen

Naam ontvanger: _____

Organisatie en functie of relatie tot mij: _____

Adres of beveiligd verzendadres: _____

Telefoonnummer: _____

Waarom mogen mijn gegevens worden gedeeld

Beschrijf het doel zo precies mogelijk.

_____

_____

Huisartspraktijk Aletta
Asmansweg 8E
2571BK, 's-Gravenhage

KvK 73069019
AGB 01009053
Tel 070-3606040
assistent@huisartspraktijkaletta.nl

Aletta
Huisartspraktijk

Welke gegevens mogen worden gedeeld
Beschrijf de onderwerpen, documenten of uitslagen. Vermeld ook de periode waarop de gegevens betrekking hebben. Alleen gegevens die nodig zijn voor het genoemde doel mogen worden gedeeld.

_____

_____

Periode van de medische gegevens: _____

Deze gegevens mogen niet worden gedeeld: _____

Geldigheid
Kruis één mogelijkheid aan en vul de datum in.

☐ Eén keer delen, uiterlijk op: _____

☐ Meerdere keren, van: _____ tot en met: _____

Bij meerdere keren blijft de toestemming beperkt tot dezelfde ontvanger, hetzelfde doel en de gegevens hierboven. De toestemming vervalt eerder als het doel is bereikt of vervallen.

Mijn toestemming en handtekening

Ik geef vrijwillig en uitdrukkelijk toestemming voor het delen van de hierboven beschreven gegevens. Ik begrijp wie ze ontvangt en waarvoor. Ik heb mijn vragen kunnen stellen.
Ik kan weigeren of mijn toestemming op elk moment intrekken via de praktijk, mondeling of schriftelijk. Dit heeft geen nadelige gevolgen voor mijn zorg bij de huisarts. Na intrekking stopt het delen op basis van deze toestemming. Wat al is gedeeld, kan niet worden teruggedraaid.
De huisarts beoordeelt of het delen verantwoord is. Dit formulier geeft de ontvanger geen toegang tot mijn patiëntenportaal en geen bevoegdheid om namens mij over behandelingen te beslissen.

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening patiënt:

_____

Huisartspraktijk Aletta
Asmansweg 8E
2571BK, 's-Gravenhage

KvK 73069019
AGB 01009053
Tel 070-3606040
assistent@huisartspraktijkaletta.nl