

Toestemmingsformulier

Toestemming voor het delen van uw medische gegevens

Wilt u dat zorgverleners **buiten** Adrz uw medische gegevens kunnen inzien? Dan moet u Adrz toestemming geven om uw gegevens beschikbaar te stellen aan andere zorginstellingen. Via dit formulier kunt u handmatig toestemming verlenen. Wilt u uw toestemming inzien, wijzigen of intrekken? Dit kan via Mijn Adrz of door een nieuw formulier in te leveren. Meer informatie in de bijbehorende folder.

Ja	Nee	Omschrijving	Toelichting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	U geeft toestemming aan onder andere huisarts en apotheek voor het bekijken van gegevens met betrekking tot uw allergieën via het LSP (Landelijk SchakelPunt).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicatie	U geeft toestemming aan onder andere huisarts en apotheek voor het bekijken van gegevens over uw medicijnen via het LSP (Landelijk SchakelPunt).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medische gegevens	U geeft toestemming aan andere zorginstellingen om uw medische gegevens in te zien.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patiëntendossier	U geeft toestemming aan externe zorgverleners (huisartsen, apotheken, zorginstelling) om uw gegevens uit uw dossier in te kunnen zien via het Zorgverlenersportaal (vergelijkbaar met het patiëntenportaal, maar dan voor zorgverleners).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beeldmateriaal	U geeft toestemming aan andere zorginstellingen om beelden die van u gemaakt zijn (bijvoorbeeld röntgen) in te zien via XDS (Cross-Enterprise Document Sharing).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tevredenheidsonderzoek	U geeft toestemming om deel te nemen aan (patiënt)ervaringsonderzoek(en).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COVID-19 gegevens RIVM	U geeft toestemming om uw patiëntgegevens met betrekking tot de COVID-19 vaccinatie te delen met het RIVM.

Ik geef toestemming op alle bovenstaande opties.

Mijn gegevens

Om uw toestemmingen te verwerken hebben wij uw handtekening nodig.

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:		
Postcode en plaats:		
Geboortedatum:		
Datum:	Handtekening:	

Lever dit formulier in bij de receptie in de centrale hal van het ziekenhuis.

Wilt u toestemming geven voor een handels onbekwaam persoon?

Vul dan hierboven uw eigen gegevens in en op de achterkant die van de handelsonbekwame persoon.

Toestemming regelen voor uw handels onbekwame

Voor handelsonbekwame personen geldt dat de wettelijk vertegenwoordiger toestemming moet geven. U vult als wettelijk vertegenwoordiger onderstaand formulier in zonder de handtekening van de desbetreffende persoon.

Gegevens handelsonbekwame

Om de toestemmingen te verwerken hebben wij de gegevens van de handelsonbekwame nodig.

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres:			
Postcode en plaats:			
Geboortedatum:			

Invullen door gegevensverwerker Adrz

Naam + datum gegevensverwerker:	Handtekening gegevensverwerker