

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 uw kinderen?

Vul dan ook de achterzijde van dit formulier in.

Toestemming regelen voor uw kinderen

Voor kinderen geldt dat afhankelijk van de leeftijd van het kind, het kind mede toestemming moet geven. Samengevat zijn de regels als volgt:

- Kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. U vult onderstaand formulier in zonder de handtekening van het kind.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar: u, als ouder/voogd, én het kind zetten allebei een handtekening. De adresgegevens worden van de eerste pagina overgenomen en met de handtekening op onderstaand formulier bevestigt u de keuze van uw kind(eren).
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Ik geef toestemming: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Geboortedatum:
Voor –en achternaam kind:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Handtekening kind:

Ik geef toestemming: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Geboortedatum:
Voor –en achternaam kind:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Handtekening kind:

Ik geef toestemming: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Geboortedatum:
Voor –en achternaam kind:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Handtekening kind:

Ik geef toestemming: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Geboortedatum:
Voor –en achternaam kind:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Handtekening kind:

Datum:	Handtekening ouder of voogd:

Invullen door gegevensverwerker Adrz

Naam + datum gegevensverwerker:	Handtekening gegevensverwerker