

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## Instelling Ouderenzorg

Ik geef wel/geen toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

## Gegevens zorgverleners

|  |  |
|--|--|
| <b>Instelling Ouderenzorg</b>                | <b>Huisarts waar cliënt is ingeschreven</b>  |
| <b>Naam: Coloriet Laarstaete</b>             | <b>Naam:</b>                                 |
| <b>Adres: Wold 12-02</b>                     | <b>Adres:</b>                                |
| <b>Postcode en plaats: 8225 CB Lelystad</b>  | <b>Postcode en plaats:</b>                   |
| <b>Apotheek</b>                              | <b>Medisch specialisten voor consultatie</b> |
| <b>Naam: Zorgapothek</b>                     | <b>Naam:</b>                                 |
| <b>Adres: Hoefweg 207</b>                    | <b>Adres:</b>                                |
| <b>Postcode en plaats: 2665 LB Bleiswijk</b> | <b>Postcode en plaats:</b>                   |

## Mijn gegevens (cliëntgegevens) vergeet niet je handtekening te zetten als je wilsbekwaam bent.

|                     |              |               |        |
|---------------------|--------------|---------------|--------|
| Achternaam:         | Voorletters: | Man:          | Vrouw: |
| Adres:              |              |               |        |
| Postcode en plaats: |              |               |        |
| Geboortedatum:      | Datum:       | Handtekening: |        |

## Gegevens wettelijk vertegenwoordiger

Ik geef toestemming aan bovenstaande zorgverlener(s) om de gegevens van bovenstaande cliënt beschikbaar te stellen via het LSP. Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet je eigen handtekening te zetten.

|                     |              |               |        |
|---------------------|--------------|---------------|--------|
| Achternaam:         | Voorletters: | Man:          | Vrouw: |
| Adres:              |              |               |        |
| Postcode en plaats: |              |               |        |
| Geboortedatum:      | Datum:       | Handtekening: |        |

**Lever dit Formulier in bij (één van) de zorgverlener(s) bij wie je toestemming regelt.**

**Medewerker Coloriet: Lever dit formulier in bij secretariaat behandeling**