



Toestemmingsformulier

Voor het delen van mijn medische gegevens bij Spaarne Gasthuis, Atalmedial en Streeklab Haarlem.

Ruimte voor sticker patiëntgegevens

Het beschikbaar stellen van gegevens gebeurt via beveiligde uitwisselingssystemen waar de genoemde zorginstellingen op zijn aangesloten. Veel patiënten leggen de toestemming zelf digitaal vast via www.mijndoc.nu. Op deze site treft u ook meer informatie aan. Als digitaal vastleggen niet mogelijk is, dan vult u dit formulier in.

**Dit formulier persoonlijk overhandigen aan uw huisarts/zorgverlener
Ter bescherming van uw privacy dit formulier NIET per email of post versturen**

Achternaam*	Voorletters	M/V
Straat	Huisnummer	
Postcode	Plaats	
Geboortedatum		
BSN		
E-mailadres**		

* Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moeten geven. Hiervoor vult u een formulier in voor het kind, ondertekend door de ouder/voogd en met een paraaf van het kind achter zijn/haar naam. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

** U ontvangt een e-mail als uw toestemming door een zorgverlener wordt vastgelegd en/of wordt gewijzigd. Daarnaast ontvangt u een e-mail als er nieuwe groepen zorgverleners zijn, waarvoor u uw toestemming kan vastleggen.

Toelichting bij de hierna volgende keuzemogelijkheden:

Ja

Ik geef toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan (toekomstige) zorgverleners die dit nodig hebben voor mijn (toekomstige) behandeling. Ik kan deze toestemming later intrekken als ik dat wil.

Nee

Ik geef geen toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan (toekomstige) zorgverleners. Ik neem zelf de verantwoordelijkheid om mijn zorgverlener te informeren over mijn medische voorgeschiedenis, mijn gezondheidssituatie en mijn actuele medicijngebruik. Ik begrijp dat ziekenhuizen en laboratoria nu alleen informatie verstrekken over de onderzoeken die mijn zorgverlener zelf heeft aangevraagd en dat er geen andere gegevens ingezien kunnen worden die misschien wel relevant kunnen zijn.

Nee, tenzij

Alleen in geval van een levensbedreigende situatie, zoals een ongeval waarbij ik mijn zorgverlener niet meer zelf kan informeren, geef ik toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan mijn zorgverlener. Ik ontvang een bericht als mijn zorgverlener mijn gegevens, in geval van acute zorg, heeft geraadpleegd. Ik geef toestemming om daarvoor mijn e-mailadres te gebruiken. In alle overige situaties geef ik geen toestemming voor het beschikbaar stellen van mijn medische gegevens. Ik neem zelf de verantwoordelijkheid om mijn zorgverlener te informeren over mijn medische voorgeschiedenis, mijn gezondheidssituatie en mijn actuele medicijngebruik. Ik ben mij bewust dat niet alle systemen van zorgverleners deze functionaliteit bieden en dat ik bij die zorgverleners – in geval van nood – opnieuw mijn toestemming zal moeten geven.

Ik geef onderstaande zorgorganisaties toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen aan de **huisarts, diens medewerkers en waarnemers**, die deze nodig hebben voor mijn behandeling:

	Ja	Nee	Nee, tenzij
Atalmedial en Streeklab Haarlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaarne Gasthuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik geef onderstaande zorgorganisaties toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen aan de **medisch specialisten (van een (ander) ziekenhuis of zorginstelling), diens medewerkers en waarnemers**, die deze nodig hebben voor mijn behandeling:

	Ja	Nee	Nee, tenzij
Atalmedial en Streeklab Haarlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaarne Gasthuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik geef onderstaande zorgorganisaties toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen aan de **apothekers, diens medewerkers en waarnemers**, die deze nodig hebben voor mijn behandeling:

	Ja	Nee	Nee, tenzij
Atalmedial en Streeklab Haarlem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaarne Gasthuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hierbij machtig ik mijn zorgverlener om mijn keuze vast te leggen:

Naam zorgverlener _____

Uw handtekening _____

Plaats _____

Datum _____

