



Informatie gegevensuitwisseling patiënten

Uw medische gegevens beschikbaar? Alleen met uw toestemming.

Vanaf 1 januari 2013 is uitwisselen van medische gegevens alleen toegestaan als u hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven.

Ziekte, een blessure of ongeval komen vaak onverwacht. Dan is het goed als de zorgverlener snel en gemakkelijk uw belangrijkste medische gegevens kan inzien. Een arts kan dan bijvoorbeeld nagaan welke medicijnen u gebruikt of waarvoor u allergisch bent. Zo krijgt u direct de juiste zorg.

Wilt u dat bepaalde medische gegevens niet zijn in te zien? Dan kunt u deze laten afschermen. Bespreek dit met uw arts of apotheker. U kunt uw toestemming ook altijd weer intrekken bij uw zorgaanbieder. Als u geen toestemming geeft, kunnen andere zorgaanbieders uw medische gegevens niet raadplegen. Ook niet in noodsituaties.

Op de website www.vzvz.nl/informatiepunt kunt u meer lezen over het geven van toestemming.

U kunt gebruik maken van bijgevoegd formulier om uw keuze bekend te maken bij uw zorgverlener.



TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

JA

Ik geef toestemming aan mijn huisarts van gezondheidscentrum Hoograven om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

NEE

Ik geef geen toestemming aan mijn huisarts van gezondheidscentrum Hoograven om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

MIJN GEGEVENS

Achternaam: _____ Voorletters: _____ M/V

Adres: _____

Postcode en Plaats: _____

Geboortedatum: _____

E-mail: _____

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van **12 tot 16 jaar** geldt, dat zowel de **ouder/voogd als het kind toestemming** moet geven. Hiervoor kan het kind onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Paraaf
Kind
12-16 jaar

JA NEE Voor- en Achternaam: _____
Geboortedatum: _____

JA NEE Voor- en Achternaam: _____
Geboortedatum: _____

JA NEE Voor- en Achternaam: _____
Geboortedatum: _____

JA NEE Voor- en Achternaam: _____
Geboortedatum: _____

DATUM:

HANDTEKENING:

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

Gezondheidscentrum Hoograven
Oud Wulvenlaan 6
3523 XZ Utrecht