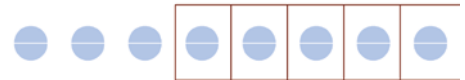


Toestemmingsformulier

F A R M A D A M



Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP bij (wettelijk) vertegenwoordiging

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener 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)'.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener 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)'.

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn actuele medicatiegegevens bij mijn huidige apotheek op te vragen.

JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om relevante laboratoriumgegevens op te vragen ten behoeve van de medicatiebegeleiding

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om relevante laboratoriumgegevens op te vragen ten behoeve van de medicatiebegeleiding

Gegevens apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

Naam: Farmadam Apotheek

Adres: Contactweg 127

Postcode en plaats: 1014 BJ Amsterdam

Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

Achternaam: _____ Voorletters: _____ M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger) vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____ Voorletters: _____ M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____ Handtekening: _____

Datum: _____

Relatie tot persoon:

- Ouder Voogd
 Curator Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger
 Mentor Onbenoemde vertegenwoordiger

FOR 2.10.4 – versie 1.0 – 21-06-2018

Lever dit formulier in bij (één van) de zorgverleners bij wie je toestemming regelt.