

TOESTEMMINGSVERKLARING

Middels deze verklaring geef ik M. van de Pas, huisarts toestemming voor:

Omschrijving	Doel	Stemt in	Aanvullingen Opmerkingen
Opvragen persoonsgegevens bij vorige huisarts en het registreren hiervan.	• Zorgverlening	Ja Nee N.V.T.	
Opvragen persoonsgegevens bij vorige apotheek en het registreren hiervan.	• Zorgverlening	Ja Nee N.V.T	
Registreren, verwerken en bewaren van bovenstaande persoonsgegevens en medische gegevens.	• Zorgverlening • Identificatie • Communicatie • Betalingen • Declaraties zorgverzekeringen • Verbeteren dienstverlening • Onderzoek	Ja Nee	
Uitwisselen persoonsgegevens met een ziekenhuis.	• Zorgverlening	Ja Nee	
Opvragen persoonsgegevens bij andere zorgverleners.	• Zorgverlening	Ja Ja Onder voorbehoud Nee Nee tenzij	
Beschikbaar stellen van persoonsgegevens aan andere zorgverleners.	• Zorgverlening	Ja Ja Onder voorbehoud Nee Nee tenzij	

INDIEN VAN TOEPASSING:

NAAM VORIGE HUISARTS: TELEFOONNR.:

ADRES:

WOONPLAATS:

NAAM VORIGE APOTHEEK: TELEFOONNR.:

ADRES:

WOONPLAATS:

Ik begrijp de informatie in deze verklaring. Ik heb uitleg gekregen over de risico's indien ik geen toestemming heb gegeven voor een verwerking en begrijp de consequenties hiervan.

DATUM:

HANDTEKENING: