

Huisartsenpraktijk de Pionier  
Hugo de Vriesstraat 17  
2152CT Nieuw Vennep  
T:0252-245500  
F:0252-245505

Betreft: elektronische uitwisseling van uw gegevens

Geachte mevrouw/meneer,

Hierbij wil ik u vragen deze brief goed door te lezen.

In deze brief vraag ik uw aandacht voor de mogelijkheid uw patiëntgegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan de apotheek en de huisartsenpost.

De huisarts registreert in uw patiëntdossier welke medicijnen u gebruikt, waar u allergisch voor bent en waar u de laatste twee jaar voor behandeld bent.

Indien het medisch noodzakelijk is kan deze informatie door de apotheek en de huisartsenpost elektronisch opgevraagd worden via een beveiligde verbinding. Op deze manier is de juiste informatie bekend en kan medische zorg op een veilige manier gegeven worden.

Als u het goed vindt dat uw patiëntdossier ingezien kan worden moet u schriftelijk toestemming geven:

- als u ouder bent dan 16 jaar, kunt u daarvoor zelf tekenen;
- kinderen van 12 t/m 16 jaar tekenen zelf en een ouder/verzorger tekent mee;
- voor kinderen tot 12 jaar tekent de ouder/verzorger.

Als u niet wilt dat uw patiëntdossier wordt ingezien dan is het uw eigen verantwoordelijkheid om aan de huisarts op de huisartsenpost of de apotheker alle informatie te geven over uw gezondheidstoestand, de medicijnen die u gebruikt en over uw medische voorgeschiedenis.

Als bijlage bij deze brief ontvangt u een toestemmingsformulier. Deze kunt u volledig ingevuld en ondertekend bij de assistentes inleveren. U kunt de verleende toestemming altijd weer intrekken.

Als u meer informatie wilt hebben dan kunt u in de huisartsenpraktijk of bij uw apotheker een informatie folder aanvragen.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u deze aan de assistente stellen.

Met vriendelijke groet,

B.Berndsen/D.Hertog, huisartsen  
C.T.de Ruijter, huisarts  
F.Slabbekoorn, huisarts

**JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

**NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

## GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM:

Apotheek  
 Huisarts

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

## MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M  V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

DATUM:

HANDTEKENING:

## WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

## GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

JA  NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:  
GEBOORTEDATUM:

M  
 V

JA  NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:  
GEBOORTEDATUM:

M  
 V

JA  NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:  
GEBOORTEDATUM:

M  
 V

JA  NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:  
GEBOORTEDATUM:

M  
 V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

**Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.**