# Toestemmingsverklaring

**Naam:**

**Geboortedatum:**

Om goede zorg te kunnen verlenen is het in specifieke situaties belangrijk om uw gegevens te delen of op te vragen bij andere instanties. Dit doen we uiteraard alleen als wij dat moeten op grond van de wet of met uw toestemming. Vandaar deze toestemmingsverklaring.

We vragen u hieronder aan te geven voor welke situaties u wel of geen toestemming geeft.

Heeft u toestemming gegeven, maar wilt u deze intrekken? Dat kan te allen tijde bij uw behandelaar of het secretariaat waar u deze verklaring inlevert.

**Toestemming voor opvragen van informatie**

Er wordt alleen informatie opgevraagd bij andere instanties wanneer het relevant/noodzakelijkis voor uw behandeling**.** Er wordt nooit meer informatie opgevraagd dan nodig is.

Ik geef toestemming voor het **opvragen** van relevante onderzoek- en behandelingsgegevens bij:

Huisarts *(gegevens bekend)* JA of NEE

Apotheek (*gegevens bekend)* JA of NEE

Andere verwijzer, indien niet de huisarts\* …………………..… JA of NEE

Eerdere behandelaar, namelijk:……………………………………… JA of NEE

**Toestemming voor verstrekken informatie**

Er wordt alleen informatie verstrekt die relevant is en nooit meer informatie dan nodig voor het doel waarvoor de informatie wordt opgevraagd.

Ik geef toestemming voor het **verstrekken** van relevante onderzoek- en behandelingsgegevens aan:

Huisarts *(gegevens bekend)* JA of NEE

Apotheek (*gegevens bekend)* JA of NEE

Andere verwijzer, indien niet de huisarts\*[[1]](#footnote-1) ………………... JA of NEE

Datum: …………………………. Naam en handtekening

……………………………

……………………………

1. \* Noteer naam organisatie, afdeling en/of professional [↑](#footnote-ref-1)