

TOESTEMMINGSFORMULIER

Elektronisch uitwisselen van medische gegevens

Het Dijklander Ziekenhuis houdt een medisch dossier van u bij. In dit dossier staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Het ziekenhuis kan deze gegevens via het Zorgverlenersportaal delen met andere zorgverleners buiten het Dijklander Ziekenhuis. Toegang hebben alleen zorgverleners die u behandelen. En alleen als dit nodig is voor uw behandeling mogen zij in uw dossier kijken. Een actueel overzicht van zorgverleners die toegang hebben tot het zorgverlenersportaal van het Dijklander Ziekenhuis vindt u op onze website. Uitwisselen van gegevens mag alleen als u hiervoor uw toestemming geeft.

<input type="checkbox"/> JA	Ik geef wel toestemming aan Dijklander Ziekenhuis om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners die betrokken zijn bij mijn behandeling.
<input type="checkbox"/> NEE	Ik geef geen toestemming (meer) aan Dijklander Ziekenhuis om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners die betrokken zijn bij mijn behandeling.

Mijn gegevens:

Achternaam:	
Voorletters:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:	
Postcode en plaats:	
Geboortedatum:	
Bent u (een van) een meerling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Handtekening:	Datum:

Kinderen

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot en met 15 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. U als ouder/voogd én het kind zetten allebei een handtekening
- Voor kinderen vanaf 16 jaar geldt dat zij zelf een formulier invullen en ondertekenen.

Wilt u toestemming geven voor uw kinderen?

Vul dan ook de achterzijde van dit formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wilt geven.

Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:

Datum:	Handtekening ouder of voogd:
--------	------------------------------



U kunt dit formulier afgeven aan elke balie in het ziekenhuis of opsturen naar:

Dijklander Ziekenhuis
t.a.v. afdeling Persoonsgegevens en documentbeheer
Antwoordnummer 130
1620 VB HOORN.

U kunt dit formulier ook per e-mail opsturen door het volledig ingevulde en ondertekende formulier in te scannen en te mailen naar: persoonsgegevensendocumentbeheer@westfriesgasthuis.nl