

(praktijk)naam of  
stempel

## TOESTEMMINGSREGISTRATIE FORMULIER PATIËNTEN

- Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- Nee, ik ga niet akkoord.

Naam:	
Adres: (Straat, Postcode, Woonplaats)	
Geboortedatum:	
Huisarts:	
Apotheek / Apotheken:	

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u onderstaand invullen voor zover gewenst en van toepassing.

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik de toestemming verleen zijn:

Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	

*Kinderen tussen 12 en 16 jaar vullen ook een eigen formulier in, overeenkomstig de wettelijke eisen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in.*

Datum en Plaats:	
Handtekening:	