

TOESTEMMINGSFORMULIER

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.*
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten. Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	*Handtekening kind:
Huisarts: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming <input type="checkbox"/> NEE, ik geef geen toestemming	Apotheek: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming <input type="checkbox"/> NEE, ik geef geen toestemming Dienstapotheek Arnhem: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	*Handtekening kind:
Huisarts: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming <input type="checkbox"/> NEE, ik geef geen toestemming	Apotheek: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming <input type="checkbox"/> NEE, ik geef geen toestemming Dienstapotheek Arnhem: <input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming

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

Lever dit formulier in bij (een van) de zorgverlener(s) bij wie u toestemming regelt.

Initiatief

Deze folder is met zorg samengesteld en is een initiatief van Rijnstate, Zorgbelang Gelderland-Utrecht, Onze Huisartsen en Coöperatieve Apothekersvereniging regio Arnhem.

VZVZ

De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) is sinds 1 januari 2012 verantwoordelijk voor de uitwisseling van gegevens via het LSP. VZVZ informatiepunt: 070 - 317 34 56.

Uw medische gegevens uitwisselen? Wel zo veilig!

Meer informatie: www.rijnstate.nl/toestemming of www.vzvz.nl



Uw medische gegevens uitwisselen? Wel zo veilig!



Belangrijk bericht voor u van huisartsen en apothekers

Laat uw huisarts en apotheek uw medische gegevens uitwisselen voor veilige en goede zorg. Dit kan alleen met uw toestemming! Lees deze folder en vul direct het toestemmingsformulier in.

Geef uw toestemming!

Geef uw toestemming voor het uitwisselen van uw medische gegevens!

Uw eigen huisarts en uw eigen apotheek zijn bekend met uw medische gegevens. Daarom kunnen ze u snel, goed en veilig behandelen. Maar moet u (met spoed) naar een andere arts of apotheek? Of komt u bij een specialist in het ziekenhuis of een andere zorginstelling? Dan is het belangrijk dat een andere arts of (dienst)apotheek* uw belangrijkste medische gegevens kan bekijken en u óók snel, goed en veilig kan behandelen.

* De dienstapotheek is de apotheek die geopend is 's avonds, 's nachts, tijdens het weekend en feestdagen.

Alleen als u dat goed vindt

Uw huisarts en apotheek kunnen uw medische gegevens delen met andere zorgverleners. Het delen van uw medische gegevens gebeurt via het Landelijk Schakelpunt (LSP): een veilig en betrouwbaar systeem. Maar alleen als u dat goed vindt.

Hoe kunnen zorgverleners uw medische gegevens bekijken?

Uw huisarts en uw apotheek kunnen hun computer aansluiten op het Landelijk Schakelpunt (LSP). Als u daarvoor toestemming heeft gegeven kan een andere arts of apotheek uw belangrijkste medische gegevens via het LSP bekijken. Dit doen zij met een beveiligde pas en een wachtwoord. Maar alleen als het nodig is voor uw behandeling. Uw medische gegevens worden overigens niet centraal opgeslagen. Ze blijven bewaard op de computers van uw huisarts en apotheek.

Welke medische gegevens?

Zorgverleners kunnen via LSP alleen uw belangrijkste medische gegevens bekijken. Een andere arts of apotheek kan informatie zien over uw allergieën, medicijnen, overgevoeligheid voor medicijnen en uitslagen van laboratorium onderzoek. Huisartsen kunnen meer zien in het LSP, zij zien bijvoorbeeld ook informatie over uw gezondheid en over uw bezoeken aan uw huisarts in de laatste vier maanden.

Zorgverzekeraars, bedrijfsartsen en werkgevers kunnen uw gegevens niet bekijken. Een andere arts of apotheek mag uw medische gegevens alleen bekijken als dat nodig is om u snel, goed en veilig te kunnen helpen.

Snel de juiste medicijnen dankzij gedeelde medische gegevens

Hoe geeft u toestemming?

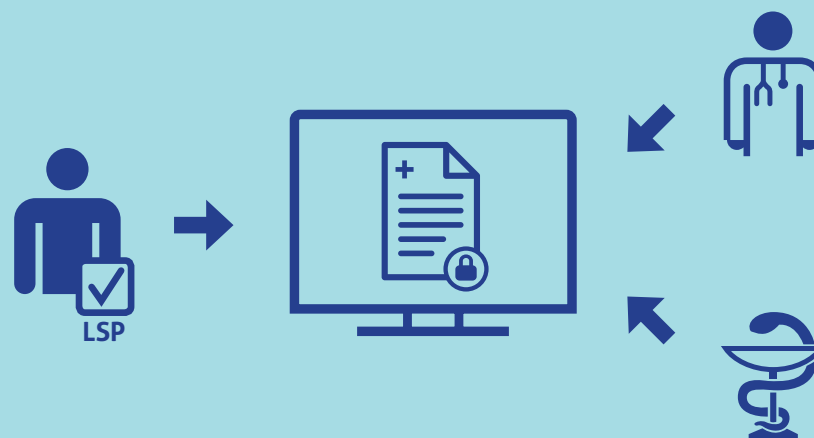
Aan uw huisarts en uw apotheek geeft u apart toestemming. U kunt op 3 verschillende manieren toestemming geven:

- U zegt tegen uw huisarts en uw apotheek dat u het goed vindt dat ze uw medische gegevens delen of;
- U vult bijgevoegd toestemmingsformulier in en geeft het af bij uw huisarts of uw apotheek of;
- U geeft toestemming via www.ikgeeftoestemming.nl.

Wat gebeurt er als u geen toestemming geeft?

Geeft u geen toestemming? Dan kunnen andere zorgverleners uw medische gegevens niet bekijken via het LSP. Ook niet bij spoedgevallen.

U bepaalt zelf of u wel of geen toestemming geeft. U kunt uw toestemming altijd weer intrekken. Bespreek dit met uw huisarts of apotheek. Of regel het via vzvz.nl.



1

U geeft toestemming voor het uitwisselen van uw medische gegevens via het LSP

2

Uw gegevens blijven in de dossiers van uw eigen huisarts en uw eigen apotheek

3

Komt u bij een andere arts of apotheek? Indien nodig kunnen zij uw belangrijkste medische gegevens inzien

Vul in, scheur af en lever in bij uw huisarts of uw apotheek

TOESTEMMINGSFORMULIER

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens

Ik geef wel/geen* toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Uw medische gegevens uitwisselen? Wel zo veilig!'.

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

Gegevens huisarts

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

- JA, ik geef toestemming
 NEE, ik geef geen toestemming

Gegevens apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

- JA, ik geef toestemming
 NEE, ik geef geen toestemming
- JA, ik geef ook toestemming voor de Dienstapotheek Arnhem

Mijn gegevens

Achternaam:

Voorletters:

M
 V

Adres:

Postcode en plaats:

Handtekening:

Datum:

Toestemming voor kinderen z.o.z.

Gedeelde medische informatie kan uw leven redden