

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP
bij (wettelijk) vertegenwoordiging



JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en ik heb het goed begrepen.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens apotheek

Naam: **Apotheek FarmaZorg Breda**

Adres: **Hooghout 65**

Postcode en plaats: **4817EA Breda**

Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____ Voorletters: _____ M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger) vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____ Voorletters: _____ M V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Relatie tot persoon:

- Ouder Voogd
 Curator Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger
 Mentor Onbenoemde vertegenwoordiger

Mail dit ingevulde formulier en bijlages naar farmazorg@zorgmail.nl of info@farmazorgbreda.nl

Of stuur het per post naar: **Apotheek FarmaZorg**
Hooghout 65
4817 EA Breda