

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

**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

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

**Achternaam:** ..... **Voorletters:** .....  M  V

**Adres:** .....

**Postcode en plaats:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Handtekening:** .....

**Datum:** .....

**Mail dit ingevulde formulier en bijlages naar [farmazorg@zorgmail.nl](mailto:farmazorg@zorgmail.nl) of [info@farmazorgbreda.nl](mailto:info@farmazorgbreda.nl)**

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