

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

Ik geef **wel/geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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)'.

## Gegevens apotheken Zoetermeer

Ik geef de volgende apotheken toestemming (kruis uw keuze(s) aan in onderstaande lijst) **Kruist u alstublieft ook per apotheek ja of nee aan**

<b>1 <input type="checkbox"/> Alphega apotheek Middelwaard</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	Alphega apotheek Middelwaard		
Adres:	Middelwaard 69		
Postcode en plaats:	2716 CW Zoetermeer		
<b>2 <input type="checkbox"/> BENU Apotheek Meerzicht</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	BENU Apotheek Meerzicht		
Adres:	Uiterwaard 3		
Postcode en plaats:	2716 VA Zoetermeer		
<b>3 <input type="checkbox"/> Buytenwegh Apotheek</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	Buytenwegh Apotheek		
Adres:	Kentgensplein 26		
Postcode en plaats:	2717 HS Zoetermeer		
<b>4 <input type="checkbox"/> Centrum Apotheek</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	Centrum Apotheek		
Adres:	Dorpsstraat 5		
Postcode en plaats:	2712 AB Zoetermeer		
<b>5 <input type="checkbox"/> Dienstapotheek (naast de Huisartsenpost)</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	Dienstapotheek		
Adres:	Toneellaan 1		
Postcode en plaats:	2725 NA Zoetermeer		
<b>6 <input type="checkbox"/> Apotheek De Leyens</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
Naam:	Apotheek De Leyens		
Adres:	Hekbootkade 56		
Postcode en plaats:	2725 AR Zoetermeer		

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## 7 Apotheek Noordhove

JA

NEE

Naam: Gezondheidscentrum Noordhove

Adres: Sullivanlijn 17-21

Postcode en plaats: 2728 BR Zoetermeer

## 8 Apotheek Oosterheem

JA

NEE

Naam: Gezondheidscentrum Oosterheem

Adres: Oosterheemplein 230

Postcode en plaats: 2721 NC Zoetermeer

## 9 Apotheek Rokkeveen-Oost

JA

NEE

Naam: Gezondheidscentrum Rokkeveen-Oost

Adres: Groen-blauwlaan 145

Postcode en plaats: 2718 GH Zoetermeer

## 10 Apotheek Seghwaert

JA

NEE

Naam: Apotheek Seghwaert

Adres: Parkdreef 350a

Postcode en plaats: 2724 EZ Zoetermeer

## 11 Apotheek De Watertoren

JA

NEE

Naam: Gezondheidscentrum De Watertoren

Adres: Nathaliegang 63

Postcode en plaats: 2719 CP Zoetermeer

## 12 Wilderink Apotheek

JA

NEE

Naam: Wilderink Apotheek

Adres: Marijkestraat 4

Postcode en plaats: 2712 CT Zoetermeer

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## Mijn gegevens vergeet niet uw handtekening te zetten

Achternaam:	.....	Voorletters:	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres:	.....				
Postcode en plaats:	.....				
Geboortedatum:	.....	Handtekening:	.....		
		Datum:	.....		

## 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 om per kind, per apotheek ja of nee aan te kruisen; vergeet niet om ook zelf helemaal onderaan het formulier uw handtekening te zetten voor de registratie van de toestemming van uw kinderen**

Achternaam:	.....	Voorletters:	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	.....	Handtekening:	.....		
<input type="checkbox"/> Apotheek 1	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 7	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 2	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 8	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 3	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 9	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 4	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 10	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 5	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 11	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 6	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 12	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Achternaam:	.....	Voorletters:	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	.....	Handtekening:	.....		
<input type="checkbox"/> Apotheek 1	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 7	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 2	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 8	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 3	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 9	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 4	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 10	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 5	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 11	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> Apotheek 6	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> Apotheek 12	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE

Heeft u meer kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier ([info@volgjezorg.nl](mailto:info@volgjezorg.nl))

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