

# Toestemmingsformulier

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



## Instelling verstandelijk gehandicapten

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)' en de bijlage 'Toestemming Arts Verstandelijk Gehandicapten' en ik heb het goed begrepen.

## Gegevens zorgverleners

<b>Instelling verstandelijk gehandicapten</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<b>Huisarts</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
<b>Naam:</b> .....	<b>Naam:</b> .....
<b>Adres:</b> .....	<b>Adres:</b> .....
<b>Postcode + plaats:</b> .....	<b>Postcode + plaats:</b> .....
<b>Apotheek</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<b>Apotheek</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
<b>Naam:</b> .....	<b>Naam:</b> .....
<b>Adres:</b> .....	<b>Adres:</b> .....
<b>Postcode + plaats:</b> .....	<b>Postcode + plaats:</b> .....

## Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel

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

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

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

## Relatie tot persoon:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ouder   | <input type="checkbox"/> Voogd                                      |
| <input type="checkbox"/> Curator | <input type="checkbox"/> Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger |
| <input type="checkbox"/> Mentor  | <input type="checkbox"/> Onbenoemde vertegenwoordiger               |

Lever dit formulier in bij (één van) de zorgverlener(s) bij wie je toestemming regelt.