

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 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming (zorgverlener 1)?

mijn huisarts  
 mijn apotheek

**JA**  
 **NEE**

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Voor welke andere zorgverlener regelt u toestemming (zorgverlener 2)?

mijn huisarts  
 mijn apotheek

**JA**  
 **NEE**

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

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

Achternaam:

Voorletters:

M  V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

## Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger)

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

Achternaam:

Voorletters:

M  V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Relatie tot persoon:

- Ouder  Voogd  
 Curator  Mentor  
 Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger  
 Onbenoemde vertegenwoordiger

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