

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw 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 huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 1)

mijn huisarts
 mijn apotheek

JA
 NEE

Naam: ZI Farma

Adres: Charlotte Jacobslaan 70

Postcode en plaats: 2545 AB Den Haag Tel nr: 088-3575122

Hiermee geef ik ook toestemming aan ZI Farma om als klant te worden ingeschreven.

Voor welke zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 2)

mijn huisarts
 mijn apotheek

JA
 NEE

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:

Voorletters:

M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening:

BSN:

Datum:

U kunt hieronder aangeven hoe u de medicatie wilt ontvangen:

Bezorgen:

Ja

nee

Bezorgadres:

.....
.....

U komt de medicatie ophalen:

Ja

nee

Indien u de medicatie komt ophalen graag uw telefoonnummer hieronder noteren zodat de apotheek contact met u kan opnemen.

Telefoonnummer waarop u bent te bereiken:

.....