

Toestemmingsformulier

Gegevens verzamelen en delen



Mijn gegevens:

DE HEER/ MEVROUW:	GEBOORTEDATUM:
ADRES:	POSTCODE:
TELEFOONNUMMER:	BSN NUMMER:
WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER (INDIEN VAN TOEPASSING):	

Met dit formulier geef ik toestemming om gegevens over mij te verwerken. Het kan gaan om gegevens die door de zorginstellingen worden geregistreerd, gegevens die worden opgevraagd bij andere hulpverleners of instellingen of gegevens over mij die door de zorginstelling worden verstrekt aan anderen.

Voor deze gegevensverwerking geef ik toestemming aan Zorgverlening Het Baken voor afstemming, informatie-uitwisseling en overleg plegen met en/of informatie opvragen bij andere zorg verlenende disciplines, behandelaars en instanties ten behoeve van de uitvoering van de overeengekomen zorgverlening.

U geeft toestemming voor deze gegevensverwerking beschreven op de toegevoegde bijlage.

- Isala (JA / NEE)
 - St. Jansdal (JA / NEE)
 - Overige ziekenhuizen (JA / NEE)
 - Huisarts (JA / NEE)
 - Uw behandelend medisch specialist (JA / NEE)
 - Tandarts: overschrijven naar tandarts Het Baken (JA / NEE)
- Naam huidige tandarts (invullen bij overschrijven tandarts Het Baken)

VOOR HET ONDERSTEUNEN VAN HET DOEN VAN AANVRAAG VOOR LANGDURIGE ZORG BIJ HET CIZ, GEEFT U TOESTEMMING OM UW RELEVANTE MEDISCHE GEGEVENS OP TE VRAGEN BIJ / TE VERSTREKKEN AAN:

- Uw wijkteam (JA / NEE / NIET VAN TOEPASSING)
- Het centrum indicatiestelling zorg (CIZ) (JA / NEE / NIET VAN TOEPASSING)

Ondertekening:

Naam:

Datum:

Plaats: