

Titel	: <b>Toestemming LSP</b>	
Document Id	: 002339	
Versie	: 6	
Pagina	: 1 van 1	

**JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure "Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)" van VZVZ is aangegeven.

**NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure "Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)" van VZVZ is aangegeven.

**De gegevens van de zorgaanbieders aan wie ik toestemming geef:**

**Apotheek Spaarne Gasthuis:**

- Haarlem Zuid – Boerhaavelaan 22, 2035 RC Haarlem
- Hoofddorp – Spaarnepoort 1, 2134 TM Hoofddorp
- Haarlem Noord – Vondelweg 999, 2026 BW Haarlem

**Uw eigen apotheek:**

Naam apotheek : .....

Postcode en plaats : .....

**Mijn gegevens**

Achternaam : ..... Voorletters : .....  M  V

Adres : .....

Postcode en woonplaats : .....

Geboortedatum : ..... BSN : .....

**Heeft u kinderen jonger dan 16?**

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Heeft u meer dan twee kinderen? Gebruik dan meerdere formulieren.

**Gegevens van mijn kinderen**

<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	Voor- en achternaam	: .....	<input type="checkbox"/> M	Handtekening:
<input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	Geboortedatum	: .....	<input type="checkbox"/> V	
<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	Voor- en achternaam	: .....	<input type="checkbox"/> M	Handtekening:
<input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	Geboortedatum	: .....	<input type="checkbox"/> V	

Datum: ...../...../.....

Handtekening:.....