



## Verlenen toestemming gegevensuitwisseling

Het St. Anna Ziekenhuis werkt samen met andere zorgverleners om u de beste kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Daarbij kan het voorkomen dat het wenselijk is dat onderdelen van uw patiëntendossier door andere zorgverleners, die bij uw behandeling zijn betrokken, worden ingezien.

Het St. Anna Ziekenhuis is wettelijk verplicht om voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners uw toestemming te vragen. Op dit formulier kunt u aangeven of u hiervoor uw toestemming verleent. U kunt uw toestemming te allen tijde intrekken via het formulier 'Intrekken toestemming gegevensuitwisseling'.

### Gegevens patiënt

Achternaam: .....

Voorna(a)m(en): .....

Geboortedatum: ..... - ..... - .....

Geeft u uw medisch specialisten binnen het St. Anna Ziekenhuis toestemming om onderdelen van uw medische gegevens te verstrekken aan samenwerkende ziekenhuizen\*?

*\*Een up to date lijst van deze ziekenhuizen vindt u op onze website.*

## Ja / Nee

*Graag doorhalen wat niet van toepassing is.*

Datum: .....

Handtekening patiënt: .....

### Kinderen jonger dan 16 jaar of wilsonbekwaam persoon?

**Dan is ook een handtekening van een ouder/voogd of vertegenwoordiger nodig.**

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft alleen de ouder/voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Indien de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (wilsonbekwaam), kan de wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven.

Datum: .....

Handtekening ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger: .....

*U kunt dit formulier inleveren bij de receptie in de centrale hal of bij één van de poliklinieken in ons ziekenhuis. U kunt het formulier ook in een envelop opsturen aan:*

*St. Anna Ziekenhuis, t.a.v. Toestemmingsregistratie, Antwoordnummer 10031, 5660 VB Geldrop (een postzegel is niet nodig).*