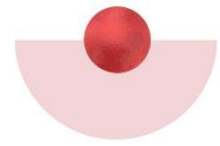


Toestemmingsformulier Gegevensuitwisseling



Naam:
Adres:

Suzanne-Licht
Suzanne van Straalen
Kranenburglaan 21
3843 BR Harderwijk

Gegevensuitwisseling medische gegevens

Voor een goede behandeling kan het noodzakelijk zijn dat ik als uw behandelaar uw voorgeschiedenis betreffende medische behandelingen goed in kaart breng. Tevens kan het zijn dat ik in overleg zou willen treden met uw huisarts of specialist, zodat uw behandeling volledig in afstemming met uw andere behandelaren kan starten. Voor het opvragen van gegevens uit uw dossier bij andere behandelaren heb ik uw expliciete toestemming nodig. Hieronder kunt u bij de verschillende opties aangeven of u het wel of niet eens bent met het opvragen van gegevens en mondeling overleg met andere zorgverleners.

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen om mijn huisarts te melden dat ik bij haar in behandeling ben gekomen. Daarvoor zal een kort verslag naar mijn huisarts worden gestuurd, zodat de huisarts op de hoogte is en het verslag in mijn dossier bij de huisarts kan worden opgenomen.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen om in contact met mijn huisarts te treden en mondeling overleg te plegen indien dit in het belang is van mijn behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn huisarts, indien dit nodig is voor een goede afstemming van medicatie en behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn specialist (naam en specialisatie)....., indien dit nodig is voor een goede afstemming van medicatie en behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen om mij per E-mail op de hoogte te stellen van belangrijke informatie betreffende de praktijk. Zoals openingstijden, organisatorische aanpassingen, huishoudelijke mededelingen en continuering van zorgaanbod.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Mevr. van Straalen om gegevens uit mijn dossier in een gepseudonimiseerde vorm te gebruiken voor onderwijsdoeleinden ter verbetering van de kwaliteit van zorg in het algemeen.

JA NEE

Ik ben op de hoogte gesteld door mijn behandelend therapeut Mevr. van Straalen dat zij haar beroepsgeheim alleen zal doorbreken indien zij bij mij een medisch gevaar of een dreigende schadelijke situatie (fysiek, mentaal en/of emotioneel) voor mijzelf of mijn omgeving zou onderkennen.

JA

NEE

Dit toestemmingsformulier wordt in mijn dossier bewaard. De wettelijke bewaartermijn van een medisch dossier is 20 jaar. Ik heb te allen tijde recht op inzage van het dossier en het mogen vragen om aanpassingen in mijn toestemming. Alles naar waarheid ingevuld op

datum: / /20

Handtekening: