

# Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman

Van Eijsingaleane 10  
8734 GC Easterein  
info@huisartseasterein.nl

Datum: .....

## Bewijs van inschrijving

Naam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
BSN Nummer	
Zorgverzekeraar en polisnummer	
Adres	
Postcode/woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Email adres	

## Overige gezinsleden

Naam	Geslacht	Geboortedatum	BSN nummer	Zorgverzekeraar	Polisnummer Zorgverzekeraar

## Gegevens vorige (apothekhoudende) huisarts:

Huisarts	
Straat	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	

## Gegevens vorige apotheek: (alleen invullen wanneer u een aparte apotheek had)

Apotheek	
Straat	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

**JA**

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

**NEE**

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts  
 mijn apotheek

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

M  V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

M  V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Handtekening

kind: \_\_\_\_\_

JA  NEE

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

M  V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Handtekening

kind: \_\_\_\_\_

JA  NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening  
ouder of voogd: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.

Etiket patiënt

## Toestemmingsformulier E-services

Datum: .....

U wilt gebruikt maken van het portaal van apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman welke in samenwerking met Promedico en Pharmeon wordt gerealiseerd. Voor het aanbieden van de E-service hebben wij op grond van het medisch beroepsgeheim en de vereisten inzake de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) bij de verwerking van persoonsgegevens uw toestemming nodig. Voor jongeren tussen de 12 en 16 jaar geldt dat zij tevens toestemming moeten geven. Vanaf 16 jaar ondertekent alleen de jongere het formulier. Het koppelen van het portaal met uw patiëntendossier leidt onvermijdbaar tot de verwerking van de volgende persoonsgegevens:

- Naam, voornaam, email adres, geboortedatum en indien ingevuld uw telefoonnummer.
- In het kader van een online afspraak: Medische informatie, zoals de klachtomschrijving.
- In het kader van herhaalmedicatie: data van eerder bestede medicatie en de verschillende geneesmiddelen waarvoor een herhaalrecept mogelijk is.
- In het kader van e-consulten: Informatie, zoals uw vraag en ons antwoord op de vraag.

Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman:

- realiseert een zorgvuldige koppeling tussen uw registratie in het portaal en uw patiëntdossier.
- Heeft met Pharmeon en Promedico in het kader van de AVG een verwerkersovereenkomst gesloten.

### Toestemming:

Hierbij bevestig ik mijn registratie bij het patiënten portaal van apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman. Ik geef apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman toestemming mijn patiënten dossier te koppelen aan mijn patiënten portaal zodat ik:

- Herhaalrecepten kan bestellen
- Digitaal afspraken kan maken
- Een E-consult kan stellen
- Mijn elektronische huisartsendossier kan inzien.

Ik ben zelf verantwoordelijk voor het zorgvuldig bewaren van de inloggegevens van het patiënten portaal. Apotheekhoudende huisartsenpraktijk Hoepman kan niet aansprakelijk worden gesteld voor het verlies of het onrechtmatig gebruik van uw inloggegevens. U kunt te allen tijde uw toestemming intrekken waarmee de koppeling met uw patiënten dossier wordt verbroken.

Ik stem toe in de verwerking van mijn persoonsgegevens volgens de in deze toestemmingsverklaring beschreven wijze en omvang.

Handtekening:

Handtekening:

---

Vervolgacties praktijk (afvinken indien afgehandeld):

- Toestemmingsformulier retour.
- Akkoord huisarts voor koppeling.
- Koppelen patiëntendossier aan portaal