

Betreft: Verstrekking medicatie- en/of medische gegevens aan derden

Als apotheek en huisartsenpraktijk verstrekken wij uw medicatie en medicatie-overzichten. Ook voorzien wij u van medische informatie (bv. uitslagen van aanvullend onderzoek). Vanwege de privacywetgeving mogen wij dit alleen aan u persoonlijk verstrekken. Niet iedereen is echter altijd in staat is om zelf medicatie of een overzicht af te halen in de apotheek, of medische informatie op te vragen. Daarom hebben we een **“Verklaring verstrekking medicatie- en/of medische gegevens aan derden”** opgesteld.

Deze verklaring kunt u invullen als u toestemming geeft medicatie, medicatie-overzichten of medische gegevens te verstrekken aan iemand anders dan uzelf (bv, uw partner, of familielid).

Uiteraard kunt u de gegeven toestemming op elk moment weer intrekken (dit kan zowel schriftelijk als mondeling aan de balie).

Voor vragen kunt u uiteraard altijd contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Team Huisartsenpraktijk Dansen& Kessels, Thorn

Verklaring verstrekking medicatie- en/of medische gegevens aan derden

Medicatie, medicatie-overzichten en medische gegevens zijn privacygevoelig. Alleen met uw toestemming verstrekt onze apotheek en huisartsenpraktijk deze aan iemand anders dan uzelf. (Deze toestemming is anders dan de toestemming die u eventueel gegeven heeft voor het beschikbaar stellen van uw medicatiegegevens aan andere zorgverleners, zoals bv. aan de huisartsenpost of aan specialisten.)

Bovenstaande geldt voor alle personen van 12 jaar of ouder. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door zowel een ouder/voogd, als het kind zelf ondertekend te worden. Door ondertekening van deze verklaring geeft u apotheek en huisartsenpraktijk Dansen & Kessels toestemming voor het verstrekken van uw medicatie en/of medische informatie aan een door u aangewezen persoon.

Gegevens aanvrager:

Naam

Adres + woonplaats

Geboortedatum

Gegevens ouders/voogd (**alleen** indien aanvrager een kind is tussen de 12-16 jaar)

Naam

Adres + woonplaats

Geboortedatum

Gegevens gemachtigde persoon:

Naam

Adres + woonplaats

Geboortedatum

Ik geef toestemming voor het verstrekken van: Medicatie Medicatieoverzichten Medische gegevens

Anders, namelijk

Handtekening aanvrager: d.d.

Indien nodig doet de apotheek/huisartsenpraktijk een identiteitscontrole, zorg daarom dat diegene die het afhaalt legitimatie bij zich draagt.

Bovenstaande toestemming betreft een doorlopende machtiging, tot (mondelijke/schriftelijke) wederopzegging! Hieronder kunt u tekenen als u uw toestemming weer wil intrekken.

Opzegging Toestemming: Handtekening : d.d.

In te vullen door de praktijk: verwerkt in HIS onder ICPC "administratieve verrichting"
door:..... d.d.....