

## TOESTEMMINGSFORMULIER DELEN PATIËNTENDOSSIER MET EXTERNE ZORGVERLENERS U VINDT DIT FORMULIER OOK DIGITAAL IN MIJNSTJANSDAL.NL

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

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

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

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

BSN-nummer: \_\_\_\_\_

Ik ben mij er bewust van dat ik hierbij toestemming geef voor het beschikbaar stellen en raadpleegbaar maken van informatie uit mijn dossier met andere hulpverleners. Ik begrijp ook dat ik ervoor kan kiezen om deels toestemming te geven. Het gaat om algemene persoons- en medische gegevens die nodig zijn voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van aan mij te verlenen zorg. Hierbij valt te denken aan:

- Persoonsgegevens, zoals mijn naam, adres, BSN. Deze gegevens zijn nodig om zeker te weten dat het over mij als patiënt gaat.
- Een overzicht van mijn medische problemen en aandoeningen en voorgeschiedenis, zoals zwangerschap, MRSA, hiv, psychische aandoeningen, behandeling voor alcohol- of drugsmisbruik, ontwikkelstoornissen, genetische informatie enzovoorts.
- Een overzicht van medicatie die ik gebruik.
- Eventuele allergieën of contra-indicaties.
- Uitslagen van röntgenfoto's, bloedwaarden en andere testuitslagen.
- Brieven of notities van zorgverleners waarin medische informatie over mij is vastgelegd.

Ik begrijp dat mijn behandelend zorgverlener na raadpleging (een gedeelte van) deze gegevens kan overnemen. Ik ben mij ervan bewust dat eerder geraadpleegde gegevens onderdeel blijven van het patiëntendossier van ziekenhuis St Jansdal.

**Ik verklaar dat ik van ziekenhuis St Jansdal de toestemmingsfolder: "Mag Ziekenhuis St Jansdal mijn medische gegevens delen met zorgverleners buiten het ziekenhuis?" heb ontvangen, heb gelezen en begrepen. Voorts ben ik mij ervan bewust dat er de volgende drie opties zijn:**

### Mag ziekenhuis St Jansdal mijn medische gegevens delen met de externe zorgverleners in onderstaande lijst?

- JA ALLEMAAL (optie 1)**
- JA, DEELS, ik geef mijn toestemming voor\* (optie 2):**
- Huisarts en huisartsenpost
  - Verpleeghuisartsen en specialisten ouderengeneeskunde
  - Fysiotherapeuten
  - Ergotherapeuten
  - Logopedisten
  - Revalidatieartsen
  - Verloskundigen
  - Thuiszorginstanties
  - Openbare apotheken
  - Andere ziekenhuizen
  - Kraamzorginstanties
- NEE, IK GEEF NIEMAND TOESTEMMING (optie 3)**

**Tenslotte:**

Ik ben mij ervan bewust dat op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst zorgverleners altijd met elkaar op andere wijze (mondeling, schriftelijk) informatie mogen uitwisselen binnen de randvoorwaarden van deze wet.

Plaats:

Datum:

Handtekening patiënt

Naam en handtekening wettige vertegenwoordiger(s)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moeten geven. Hiervoor vult u een formulier in voor het kind, ondertekend door de ouder/voogd en met een paraaf van het kind achter zijn/haar naam. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

**Mail het ingevulde formulier naar [mijngegevensdelen@stjansdal.nl](mailto:mijngegevensdelen@stjansdal.nl) of geef het af bij één van onze recepties.**