

GEGEVENS DELEN

Elektronisch uitwisselen van medische gegevens

DOEL VAN DIT FORMULIER

Met dit formulier geeft u aan of Diagnostiek voor U wel of niet uw gegevens mag delen en met welk doel.

U kiest zelf of u wel of geen toestemming geeft. U mag hierbij ook een einddatum aangeven. Het formulier moet volledig ingevuld en ondertekend zijn.

INFORMATIE DELEN MET ANDERE ZORGVERLENERS

Om u de juiste zorg te kunnen bieden, is het belangrijk dat zorgverleners uw actuele medische gegevens kunnen inzien. Met uw toestemming kunnen wij de medische gegevens uit uw dossier beschikbaar stellen voor andere zorgverleners. Alleen zorgverleners die u behandelen, mogen uw gegevens opvragen. En alleen als dat direct nodig is voor uw behandeling.

DELEN VAN GEGEVENS VOOR BETERE DIENSTVERLENING

In samenwerking met een onderzoeksbureau vragen wij u na een bezoek aan ons naar uw ervaringen over onze dienstverlening. Dit onderzoek is niet anoniem. Daarom hebben wij ook hiervoor uw toestemming nodig.

MEER INFORMATIE

Welke gegevens wij delen en wie deze gegevens mag inzien, vindt u op www.diagnostiekvoorU.nl/gegevens-delen.



INLEVEREN OF OPSTUREN FORMULIER

U kunt dit formulier afgeven aan één van onze medewerkers of opsturen (postzegel is niet nodig) naar:

Diagnostiek voor U

Antwoordnummer 10060
5600 VB Eindhoven

KINDEREN

- Tot 12 jaar: alleen de ouder/voogd geeft toestemming. Hiervoor geldt een verplichte einddatum, namelijk de datum waarop het kind 12 jaar wordt.
- 12 tot 16 jaar: zowel de ouder/voogd als het kind geven hun keuze aan. Ook hiervoor geldt een verplichte einddatum, namelijk de datum waarop het kind 16 jaar wordt.
- Vanaf 16 jaar: alleen het kind geeft toestemming.

WILSONBEKWAAM PERSOON

- Als de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (wilsonbekwaam), dan kan de wettelijk vertegenwoordiger toestemming geven.

GEGEVENS PATIËNT

Achternaam: _____ Geboortedatum: dd/mm/ijij _____

Voorletter(s): _____ BSN: _____

M V

INFORMATIE DELEN MET ANDERE ZORGVERLENERS

Welke gegevens	JA, ik geef toestemming	NEE, ik geef geen toestemming	Einddatum* dd/mm/ijij
Dossiergegevens zoals uitslagen van labonderzoeken en röntgenfoto's. Dit wordt gebruikt door uw behandelaren, bijvoorbeeld huisarts, apotheek en/of ziekenhuisspecialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Is uw keuze 'NEE, ik geef geen toestemming'? Kruis dan onderstaand vakje aan:

Ik ben op de hoogte van de gevolgen die deze keuze kan hebben, zoals dat andere zorgverleners mogelijk niet over mijn actuele medische gegevens kunnen beschikken.

DELEN VAN GEGEVENS VOOR BETERE DIENSTVERLENING

Welke gegevens	JA, ik geef toestemming	NEE, ik geef geen toestemming	Einddatum* dd/mm/ijij
Persoonsgegevens en onderzoeksgegevens (datum en soort behandeling) voor een enquête waarmee wij onze dienstverlening willen verbeteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ik heb de folder 'Delen medische gegevens' ontvangen en gelezen.

Datum toestemming: _____

Handtekening patiënt: _____

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger/ouder/voogd (indien van toepassing): _____

*Een einddatum invullen is niet verplicht, alleen als dit formulier wordt ingevuld voor een kind jonger dan 16 jaar.