

Toestemmingsverklaring opvragen medische gegevens

Geachte cliënt,

Om verantwoorde medische zorg te kunnen bieden vanaf uw opname, hebben wij de volgende gegevens nodig van uw huisarts en apotheek.

- Medische voorgeschiedenis
- Actueel medicatieoverzicht van de apotheek
- Huisartsendossier

Wij vragen met deze verklaring uitdrukkelijk uw toestemming voor het opvragen van de medische gegevens voor de specialist ouderengeneeskunde door het medisch secretariaat.

Ondergetekende,

(hiermee wordt het adres van vóór de verhuizing naar het zorgcentrum bedoeld)

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

verklaart hierbij toestemming te verlenen aan de hieronder vermelde arts/apotheker om aan de behandelend specialist ouderengeneeskunde van Proteion Expertise en Behandeling medische gegevens te verstrekken.

Naam huisarts, praktijk en adres:

Naam apotheek en adres:

Dit formulier dient uiterlijk 24 uur voor opname verstuurd te zijn naar het medisch secretariaat via medische.overdracht@proteion.nl

Indien u wordt opgenomen met een WLZ indicatie inclusief behandeling dan worden de overige zorgaanbieders (o.a. ziekenhuis, GGZ instelling) op de hoogte gebracht dat u onder behandeling valt van de specialist(en) van Proteion.

☐ geen bezwaar, ik geef toestemming om de volgende zorgaanbieders te informeren (graag hieronder noteren):

☐ wel bezwaar, overige zorgaanbieders mogen niet worden geïnformeerd.

Landelijk schakelpunt

Geeft u daarnaast ook toestemming om medicatiegegevens via het landelijk schakelpunt te delen met andere zorgaanbieders? Dit is bijv. relevant indien u op controle komt in het ziekenhuis, zodat de specialist de laatste medicatiegegevens kan opvragen.

Ja ☐ **Nee** ☐

U kunt uw gegeven toestemming op elk gewenst moment intrekken. De gegevens die zijn opgevraagd voordat u uw toestemming introk blijven onderdeel van het medisch dossier.

Deze verklaring dient ondertekend te worden door de cliënt zelf. Indien dit niet mogelijk/niet van toepassing is, dan dient de wettelijk vertegenwoordiger deze verklaring te ondertekenen.

Naam cliënt:
Datum van ondertekening:
Handtekening:
<i>Indien van toepassing:</i>
Naam wettelijk vertegenwoordiger:
Datum van ondertekening:
Handtekening:

Dit formulier dient uiterlijk 24 uur voor opname verstuurd te zijn naar het medisch secretariaat via medische.overdracht@proteion.nl