



Cluster Vrouw en Kind

Patiëntsticker

Toestemmingsformulier gegevensuitwisseling zorgverleners en organisaties

- ☐ **JA** Hierbij geef ik toestemming om voor mij en/of mijn kind relevante (medische) gegevens uit te wisselen met de hierna genoemde zorgverleners en organisaties.
Tevens ook om - als een van mijn zorgverleners dit nodig vindt – mijn zwangerschap, bevalling, kraamperiode en mijn kind te bespreken in een multidisciplinair overleg van zorgverleners en de daarvoor relevante (medische) gegevens uit te wisselen met de hierna genoemde zorgverleners en organisaties.

- ☐ Kraamzorgorganisatie
- ☐ Verloskundige
- ☐ Consultatiebureau (Centrum voor Jeugd en Gezin)
- ☐ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- ☐ Andere ziekenhuizen
- ☐ Perinatale Registratie Nederland
(zie <https://www.perined.nl/voor-wie-werken-we/publiek-ouders>)
- ☐ Andere zorg namelijk.....

Graag aangeven met een vinkje in bovenstaande rij zorgverleners/organisaties

Achternaam: _____
Voorletters: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Email: _____
Apotheek: _____

- ☐ Email te gebruiken voor mailen van afspraken en informatie
- ☐ Email te gebruiken voor tevredenheidsonderzoek

- ☐ **NEE** Ik ga niet akkoord met de uitwisseling van gegevens. In dit geval wordt de huisarts wel - op de gebruikelijke wijze – geïnformeerd over de zorgverlening

Datum: _____

Handtekening: _____

Het formulier wordt toegevoegd aan het dossier van u en/of uw kind. U kunt uw toestemming op elk gewenst moment intrekken of wijzingen door dit kenbaar te maken bij uw zorgverlener (arts) binnen HMC.

Permission Form for exchanging medical information

☐ YES

Hereby I give permission for exchanging relevant (medical) information concerning me and/or my child with the following organisations / authorities.

Also, I give permission to discuss my pregnancy, delivery, postnatal care and my child (if one of my healthcare specialists thinks this is necessary) in a multidisciplinary consultation and exchange the relevant medical information with the following healthcare specialists / organisations:

- ☐ Maternity Care Organisations
- ☐ Midwife
- ☐ Consultation Office (The Centre for Children and Families)
- ☐ National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)
- ☐ Other hospitals
- ☐ Perined, perinatal registration database
(zie <https://www.perined.nl/voor-wie-werken-we/publiek-ouders>)
- ☐ Other care:

Please check the box of the relevant healthcare specialists / organisations above

Last name: _____
Initials: _____
Date of birth: _____
Adress: _____
Postalcode & City: _____
Email: _____
Pharmacy: _____

- ☐ Email: yes, you may use my mail for appointments & information
- ☐ Email: yes, you may use my mail for surveys & research

☐ NO

I do not agree with exchanging (medical) information. In this case we will only inform your general practioner in the usual way

Date: _____

Signature: _____

This form will be added to the file of you and/or your child. You can change this permission anytime, by bringing this to the attention of your healthcare specialist within HMC.