|  |  |
| --- | --- |
| ToestemmingsformulierOpvragen van medische gegevens | |
|  | |
| Centrum Medische Genetica UZ Gent |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| patiëntgegevens | | | | | | | | | | Vul in of kleef adrema. | | |
| voornaam en naam | | |  | | | | | | | | | |
| geboortedatum | |  | | | / |  | / |  |  | |  |  |
|  | | |  |  |  | |  |  |
| adres |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| indien van toepassing: naam van de ouder of voogd | | | | | | | | | | | | |
| voornaam en naam | | | |  | | | | | | | | | |
| adres |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |

Ik verklaar dat ik werd voorgelicht over het opvragen van medische gegevens in andere zorginstellingen of bij andere zorgverleners, door \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Ik geef toestemming voor het opvragen, in andere zorginstellingen of bij andere zorgverleners, van medische gegevens (medische verslagen, rapporten van technische onderzoeken, radiografieën en andere gegevens van medische aard) betreft de aandoening of vraagstelling:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bij:

mezelf

kind (< 18 jaar) of persoon met verlengde minderjarigheid waarvan ik ouder of voogd ben

een wilsonbekwame volwassene waarvan ik ouder of voogd ben

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam patiënt, ouder of voogd | | | | | |  | | | | | | |
| Datum afname |  | | / | |  | | / | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
| Handtekening patiënt, ouder of voogd | | | | | | | |  | | | | |
| Naam zorgverlener | |  | | | | | | | | | | |
| Datum afname |  | | / | |  | | / | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
| Handtekening zorgverlener | | | |  | | | | | | | | |
| In opdracht van verantwoordelijke arts | | | | | | |  | | | | | |