

T.a.v. nieuwe cliënt

Betreft: **Toestemming gegevensuitwisseling**

Geachte cliënt,

In de bijlage vindt u een formulier voor het geven van toestemming voor:

1. Het opvragen van gegevens bij apotheek en/of (huis)arts door de specialist ouderengeneeskunde van ViVa! Zorggroep.
2. Het doorgeven van behandelgegevens aan de apotheker.

Voor uw behandeling is het nodig dat uw behandelend arts een goed overzicht heeft over alle geneesmiddelen die u gebruikt of onlangs gebruikt heeft. Ook zal er regelmatig overleg tussen behandelend arts en de apotheker moeten plaatsvinden over uw geneesmiddelengebruik.

Uw toestemming is daarom ook nodig voor:

1. Het doorgeven van uw medicatiegegevens door uw (oude) apotheek en huisarts aan ViVa! Zorggroep
2. Het doorgeven aan de apotheker van uw behandelgegevens, die relevant zijn voor uw geneesmiddelengebruik.

Alleen u (en als u het niet kunt, uw vertegenwoordiger) heeft het recht toestemming te geven tot het overdragen van medicatiegegevens uit het cliëntdossier.

Indien u 'Nee' invult, dan zal de behandelend arts met u bespreken wat in uw geval de consequenties voor uw behandeling zijn. Het verzoek is het formulier zo spoedig mogelijk in te vullen en voor akkoord te ondertekenen. Voor meer vragen kunt u terecht bij de Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige (EVV) of de behandelend arts.

Met vriendelijke groet,
ViVa! Zorggroep



☐ JA,

ik geef toestemming om mijn actuele medicatiegegevens bij mijn huidige apotheek en (huis)arts op te vragen.

Naam (huis)arts:

Naam apotheek:

Naam specialist:

☐ JA,

ik geef toestemming aan de behandelend arts van ViVa! Zorggroep om relevante laboratoriumgegevens door te geven t.b.v. de medicatiebegeleiding.

☐ NEE,

ik geef geen toestemming aan de behandelend arts van ViVa! Zorggroep om relevante laboratoriumgegevens door te geven.

Mijn gegevens:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Geboortedatum:

Voorletters:

Plaats:

BSN nummer:

☐ M ☐ V

Ik verleen deze toestemming aan onderstaande zorgverlener:

ViVa! Zorggroep

Postbus 95

1960 AB HEEMSKERK

Datum:

Handtekening

Cliënt/ Vertegenwoordiger