|  |  |
| --- | --- |
| **JA** | **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. | Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. |

# Gegevens apotheek

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | **Apotheek FarmaZorg Breda***, onderdeel van Apotheek Groep Breda* |
| **Adres:** | Hooghout 65 |
| **Postcode en plaats:** | 4817EA Breda |
|  |  |

# Gegevens van de persoon voor wie ik de toestemming regel vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Adres:** |  | | | | |
| **Postcode en plaats:** |  | | | | |
| **Geboortedatum:** |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

# Mijn gegevens (wettelijk vertegenwoordiger) vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Adres:** |  | | | | |
| **Postcode en plaats:** |  | | | | |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | | |
|  |  | **Datum:** |  | | |
|  | | | | | |

# Relatie tot persoon:

🞏 Ouder 🞏 Voogd  
🞏 Curator 🞏 Schriftelijk gemachtigde vertegenwoordiger  
🞏 Mentor 🞏 Onbenoemde vertegenwoordiger