**Naam:**

**Adres:**

**Geboortedatum:**

**HUISARTS**

**☐ JA**, ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk Westeraam om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan het Landelijk Schakel Punt

**☐ NEE**, ik geef ***geen*** toestemming aan Huisartsenpraktijk Westeraam om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan het Landelijk Schakel Punt

**APOTHEEK**

**☐ JA**, ik geef toestemming aan de Batouwe apotheek/Park apotheek\* om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan het Landelijk Schakel Punt

**☐ NEE**, ik geef ***geen*** toestemming aan de Batouwe apotheek/Park apotheek\* om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan het Landelijk Schakel Punt

**Handtekening indien betrokkene ouder dan 12 jaar**

**Handtekening ouder/wettelijk vertegenwoordiger indien kind jonger dan 16 jaar**

**Om u in de toekomst beter te kunnen bereiken willen we u vriendelijk vragen om de volgende gegevens. Graag in blokletters schrijven.**

**Vaste telefoonnummer**

**Mobiele telefoonnummer**

**Email adres**

\*Doorhalen wat niet van toepassing is