

Toestemmingsformulier gegevensuitwisseling VSV HMC

- Hierbij geef ik toestemming om de voor mijn zwangerschap, bevalling en de kraamperiode van mij en mijn kind relevante (medische) gegevens uit te wisselen met de hierna genoemde zorgverleners en organisaties.
- Hierbij geef ik toestemming om – als een van mijn zorgverleners dit nodig vindt – mijn zwangerschap, bevalling en de kraamperiode van mij 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.
- Zorgverleners van HMC¹
 - Verloskundigenpraktijk
 - Huisarts
 - Kraamzorgorganisatie
 - Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)
 - Perinatale Registratie Nederland
(zie <https://www.perined.nl/voor-wie-werken-we/publiek-ouders>)
 - Anders
- Ik geef niet akkoord met de uitwisseling van gegevens

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Email: _____

Email te gebruiken voor mailen van afspraken en informatie

Email te gebruiken voor tevredenheidsonderzoek

Datum: _____

Handtekening: _____

Graag dit formulier invullen en inleveren bij uw volgende bezoek aan de arts/verloskundige.

Het formulier wordt dan toegevoegd aan uw dossier.

U kunt uw toestemming op elk gewenst moment intrekken door dit kenbaar te maken bij de zorgverlener (arts of verloskundige) met wie u de eerste afspraak heeft gehad.

¹ Onder zorgverleners HMC wordt verstaan: gynaecoloog, verloskunde arts, arts assistent, kinderarts, verpleegkundigen en doktersassistent.

Permission to exchange medical information within VSV HMC

Please fill out this form and hand it in during your next visit to your midwife or doctor. The form will be added to your records. You can withdraw your permission at any given time by telling the midwife or doctor with whom you had your first appointment.

- I grant permission to share information about my pregnancy, delivery and postnatal care of me and my child with the health care providers stated below.
- I grant permission – in case my health care provider decides this is necessary – to discuss my pregnancy, delivery and postnatal care of me and my child in a multidisciplinary meeting of health care professionals and to share my medical records with the health care providers stated below.
- Health care providers of HMC
 - Midwives Practice
 - General Practitioner (G.P.)
 - Maternity Care Organization (Kraamzorg)
 - Consultation Bureau (Centrum voor Jeugd en Gezin, CJG)
 - Perined, perinatal registration database
(more information: <https://www.perined.nl/voor-wie-werken-we/publiek-ouders>)
 - Other _____
- I do not agree with the exchange of medical data.

Last name and initials: _____

Date of birth: _____

Address: _____

Postcode and place of residence: _____

Email address: _____

Date:

Signature:

¹ health care providers of HMC are: gynecologists, obstetricians, resident doctors, pediatrician, nurse and doctors assistants working for HMC (merger of Bronovo, Westeinde and Antoniushove Hospital).