



## Toestemming voor uitwisseling patiëntgegevens

### Aanvraag medische gegevens

Met dit formulier geeft u ICONE toestemming om uw medische gegevens en beeldvormende onderzoeken op te vragen bij uw huisarts of andere zorgverleners/zorginstanties waar u onder behandeling bent of bent geweest. Het gaat hier om medische gegevens en beeldvormende onderzoeken die door uw behandelend arts als relevant/noodzakelijk worden beschouwd voor uw behandeling bij ICONE. Door uw toestemming beschikken wij als zorgverlener snel over de juiste informatie en kunnen wij u de juiste zorg leveren.

### Medisch dossier en privacy

Medische hulpverleners zijn verplicht een medisch dossier bij te houden van uw behandeling. ICONE gaat zorgvuldig om met uw medische gegevens. Het elektronisch patiëntendossier van ICONE is geen onderdeel van een landelijk EPD. Het wordt alleen gebruikt binnen ICONE. Onze medewerkers hebben daarnaast een geheimhoudingsplicht.

### Informatie

Voor vragen over privacy en uw medisch dossier kunt u terecht bij onze assistentes en secretaresses op het spreekuur of via het centrale nummer 040-2952090.

---

### Toestemming (aankruisen wat van toepassing is)

- JA** Ik geef toestemming aan ICONE om mijn medische gegevens en beeldvormende onderzoeken op te vragen voor mijn behandeling.
- NEE** Ik geef geen toestemming aan ICONE om mijn medische gegevens en beeldvormende onderzoeken op te vragen bij andere zorgverleners/zorginstanties.

---

### Mijn gegevens

Achternaam \_\_\_\_\_  M  V Meisjesnaam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_

---

### Ondertekening

Datum en plaats \_\_\_\_\_ Uw handtekening \_\_\_\_\_

---

### Gegevens ouder/voogd

Indien patiënt minderjarig is (<18 jaar) ondertekent ook de ouder/voogd de aanvraag. Van kinderen onder de 12 jaar is geen eigen toestemming nodig.

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V  
Geboortedatum \_\_\_\_\_

Datum en plaats \_\_\_\_\_ Uw handtekening \_\_\_\_\_