

## Toestemmingsformulier: opname in de keten-DBC Astma van Ketenzorg Friesland

Uw huisarts doet mee aan het Friese zorgprogramma speciaal voor Astma patiënten van Ketenzorg Friesland. Door de huisarts of praktijkondersteuner bent u geïnformeerd over de inhoud van dit zorgprogramma en wat dit voor u betekent.

Door ondertekening van dit formulier geeft u aan geen bezwaar te hebben tegen opname in de keten-DBC Astma van Ketenzorg Friesland en akkoord te gaan met het delen van uw medische gegevens in het Ketenzorg Informatiesysteem.

**JA**

- Ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn persoonsgegevens en medische gegevens beschikbaar te stellen in het Ketenzorg Informatiesysteem,
  - waardoor andere zorgverleners in het kader van mijn behandeling deze kunnen raadplegen;
  - waardoor Ketenzorg Friesland in staat wordt gesteld het declaratieverkeer tussen de huisarts, andere zorgverleners en de zorgverzekeraar te regelen;
  - mijn gegevens anoniem gebruikt kunnen worden voor benchmark en wetenschappelijk onderzoek.
- Ik geef toestemming voor opname in de keten-DBC Astma van Ketenzorg Friesland.

**NEE**

- Ik geef geen toestemming aan mijn huisarts om mijn persoonsgegevens en medische gegevens beschikbaar te stellen in het Ketenzorg Informatiesysteem.
- Ik geef geen toestemming voor opname in de keten-DBC Astma van Ketenzorg Friesland.

Datum: .....

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

E-mailadres: .....

Handtekening: .....