

## Toestemmingsformulier gegevensuitwisseling Volwassenen

Naam:

-----

Adres:

-----

Marcus A.J. Jansen  
Ortho Jansen (Mitochondriaal-Centrum)  
praktijk voor kIOET  
(klinisch Immunologische Orthomoleculaire Epigenetische DNA therapie)  
Brinckerinckstraat 34  
2531 VD Den Haag  
tel. 06 - 12478918 - WhatsApp 06 - 51041352 (Ortho Jansen)  
info@orthojansen.nl

### Gegevensuitwisseling medische gegevens

Voor een goede behandeling kan het noodzakelijk zijn dat ik als uw therapeut uw voorgeschiedenis betreffende medische behandelingen goed in kaart breng. Tevens kan het zijn dat ik in overleg zou willen treden met uw huisarts of specialist, zodat uw behandeling volledig in afstemming met uw andere behandelaren kan starten. Voor het opvragen van gegevens uit uw dossier bij andere behandelaren heb ik uw expliciete toestemming nodig. Hieronder kunt u bij de verschillende opties aangeven of u het wel of niet eens bent met het opvragen van gegevens en mondeling overleg met andere zorgverleners.

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om mijn huisarts te melden dat ik bij hem in behandeling ben gekomen. Daarvoor zal een kort verslag naar mijn huisarts worden gestuurd, zodat de huisarts op de hoogte is en het verslag in mijn dossier bij de huisarts kan worden opgenomen.

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om in contact met mijn huisarts te treden en mondeling overleg te plegen indien dit in het belang is van mijn behandeling.

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn huisarts, indien dit nodig is voor een goede afstemming van suppletie en leefstijladviezen.

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn specialist (naam en specialisatie) .....

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier en suppletie lijst toegankelijk te maken voor waarnemers, zodat mijn behandeling kan worden gecontinueerd bij afwezigheid van Dhr. M.A.J. Jansen.

JA  NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om mij per E-mail op de hoogte te stellen van belangrijke informatie betreffende de praktijk. Zoals openingstijden, waarneming, organisatorische aanpassingen, huishoudelijke mededelingen en continuering van zorgaanbod.

JA  NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier in een gepseudonimiseerde vorm te gebruiken voor onderwijsdoeleinden ter verbetering van de kwaliteit in de zorg in het algemeen.

JA  NEE

Ik ben op de hoogte gesteld door mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen dat hij zijn beroepsgeheim alleen zal doorbreken indien hij bij mij een medisch gevaar of een dreigende schadelijke situatie (fysiek, mentaal en/of emotioneel) voor mijzelf of mijn omgeving zou onderkennen.

JA  NEE

Dit toestemmingsformulier wordt in mijn dossier bewaard. De wettelijke bewaartermijn van een medisch dossier is 15 jaar. Ik heb te allen tijden recht op inzage van het dossier en het mogen vragen om aanpassingen in mijn toestemming.

Alles naar waarheid ingevuld op datum:

-----  
Handtekening.