

Toestemmingsverklaring

Wij wisselen gegevens uit met een aantal zorgverleners. Zo kunnen we jouw gezondheid en dat van je kindje optimaal bewaken.

Daarnaast leveren wij aan een aantal landelijke registratiesystemen zwangerschapsgegevens aan. Deze gegevens worden (gedeeltelijk) anoniem verwerkt.

Op dit formulier vragen wij jou om wel of geen toestemming te verlenen om deze gegevens uit te wisselen.

Met de volgende zorgverleners kunnen wij gegevens uitwisselen:

◦ Je huisarts

Het is belangrijk dat de huisarts weet dat je zwanger bent ivm toekomstig of bestaand medicijngebruik. Alleen gegevens die relevant zijn voor je zwangerschap worden uitgewisseld. Tevens ontvangt de huisarts bericht van ons als je bevallen bent.

◦ De Gynaecoloog

We overleggen met de gynaecoloog als we medisch inhoudelijke vragen hebben. Als je wordt doorverwezen, worden al je gegevens met de gynaecoloog uitgewisseld. Dit is nodig voor de veiligheid van jouw zwangerschap.

◦ De Kinderarts.

Soms overleggen we met de kinderarts, als we medisch inhoudelijke vragen hebben over de gezondheid van je baby.

◦ Het Consultatieburo

Na het afsluiten van de kraambedperiode worden relevante gegevens uitgewisseld met het consultatiebureau. Bij het eerste bezoek met je baby zijn zij op de hoogte van belangrijke gegevens uit je zwangerschap.

Aan onderstaande landelijke registratiesystemen leveren wij zwangerschapsgegevens aan. Deze gegevens worden (gedeeltelijk) anoniem verwerkt.

◦ Peridos.

Gegevens betreffende de prenatale screening.

◦ Praeventis.

Gegevens ten behoeve van de neonatale hielprikscreening en de PSIE (prenatale screening op infectieziekten en erytrocytenimmunisatie).

◦ Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Dit is een samenwerkingsverband van 4

beroepsverenigingen met als

doel de kwaliteit in de perinatale zorg te verbeteren.

◦ Vecas.

Verloskundig registratiesysteem van de academies verloskunde Maastricht en Amsterdam/Groningen. Geanonimiseerde zwangerschapsgegevens worden gebruikt voor onderzoek.

IK GEEF HIERBIJ WEL/GEEN TOESTEMMING AAN VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK RAIJER & SUP OM MIJN GEGEVENS UIT TE WISSELEN MET ANDERE ZORGVERLENERS EN AAN TE LEVEREN AAN LANDELIJKE REGISTRATIESYSTEMEN.

Voor- en achternaam:

Datum:

handtekening:
