

لا

أنا لا أعطي الإذن لمقدم الرعاية المذكور أسفله لكي يوفر إمكانية الاطلاع على بياناتي عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP). لقد اطلعت على كل المعلومات في المنشور 'توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP)'.

نعم

أنا أعطي الإذن لمقدم الرعاية المذكور أسفله لكي يوفر إمكانية الاطلاع على بياناتي عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP). لقد اطلعت على كل المعلومات في المنشور 'توفير إمكانية الاطلاع على بياناتكم الطبية عبر نقطة الصلة الوطنية (LSP)'.

بيانات طبيب الأسرة أو الصيدلية

<input type="checkbox"/> طبيب الأسرة <input type="checkbox"/> الصيدلية	لمن من مقدمي الرعاية تقوم بترتيب الإذن؟
الاسم:	
العنوان:	
الرمز البريدي ومحل الإقامة:	

هل تريد إعطاء الإذن لمقدم رعاية آخر؟ اطلب إذن استمارة الإذن إضافية.

البيانات الخاصة بي:

املء البيانات أسفله. لا تنسى أن تضع توقيعك.

<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الأحرف الأولى من الاسم:	الاسم العائلي:
العنوان:		
الرمز البريدي ومحل الإقامة:		
تاريخ الميلاد:		
التاريخ:	التوقيع:	

هل تريد ترتيب الإذن لأطفالك؟

- بالنسبة للأطفال إلى 12 سنة: تمنح بصفتك والد أو وصي الإذن. يمكنك استعمال هذه الاستمارة من أجل ذلك.
- بالنسبة للأطفال من 12 إلى 16 سنة الذين يريدون منح الإذن: توقع أنت بصفتك والد أو وصي ويوقع الطفل كذلك.
- يُمنح الأطفال ابتداء من 16 سنة الإذن بأنفسهم ويملؤون استمارة خاصة بهم.

بيانات أطفالي

املء هنا بيانات الأطفال الذين تريد ترتيب الإذن لهم. لا تنسى أن توقع أسفله أيضاً.

هل لديك أكثر من طفلين؟ اطلب إذن استمارة الإذن إضافية.

<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الاسم الشخصي والعائلي:
تاريخ الميلاد:	
توقيع الطفل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الاسم الشخصي والعائلي:
تاريخ الميلاد:	
توقيع الطفل:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

توقيع الوالد أو الوصي:	التاريخ:
------------------------	----------

قدم هذه الاستمارة لطبيب الأسرة أو الصيدلية الذي/التي تريد ترتيب الإذن عنده/عندها.