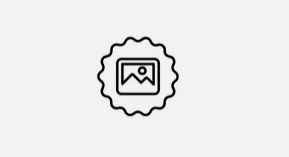
**İzin formu**

**Tıbbi bilgilerinizi LSP aracılığıyla kullanıma sunmak**

|  |  |
| --- | --- |
| **EVET**  Aşağıda belirtilen bakım sağlayıcısının bilgilerimi LSP aracılığıyla kullanıma sunmasına izin **veriyorum**. “Tıbbi bilgilerinizin Ülkesel Bağlantı Noktası (LSP) aracılığıyla kullanıma sunulması” broşüründeki tüm bilgileri okudum. | **HAYIR**  Aşağıda belirtilen bakım sağlayıcısının bilgilerimi LSP aracılığıyla kullanıma sunmasına izin **vermiyorum**. “Tıbbi bilgilerinizin Ülkesel Bağlantı Noktası (LSP) aracılığıyla kullanıma sunulması” broşüründeki tüm bilgileri okudum. |

**Aile doktoru ya da eczanenin verileri:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hangi bakım sağlayıcıya izin veriyorsunuz? | aile doktorum  eczanem |
| Soyadı: | |
| Adres: | |
| Posta kodu ve yeri: | |

Bir başka bakım sağlayıcısına da izin vermek ister misiniz? Bu takdirde ek bir izin formu isteyin.

**Bilgilerim**

Aşağıdaki bilgileri girin. **İmzanızı atmayı unutmayın.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soyadı: | İlk isimlerin baş harfleri: | | E  K |
| Adres: | | | |
| Posta kodu ve yeri: | | | |
| Doğum tarihi: | | | |
| İmza: | | Tarih: | |

**Çocuklarınız için izin vermek istiyor musunuz?**

* 12 yaşa kadar olan çocuklar için: Ebeveyn veya vasi sıfatıyla izin verin. Bu amaçla bu formu kullanabilirsiniz.
* İzin vermek isteyen 12 ile 16 yaşı arasında olan çocuklar için, hem ebeveyn ya da vasi olarak sizin, hem de çocuğun imzası gerekir.
* 16 yaşından büyük çocuklar kendi izinlerini bizzat verir ve kendi formlarını doldururlar.

**Çocuklarımın bilgileri**

Aşağıya, adına izin vermek istediğiniz çocukların verilerini girin. Atına kendi imzanızı da atmayı unutmayın.

İkiden fazla çocuğunuz mu var? Bu takdirde ek bir izin formu isteyin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı, soyadı: | | E  K |
| Doğum tarihi: | | |
| **EVET**  **HAYIR** | Çocuğun imzası: | |

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı, soyadı: | | E  K |
| Doğum tarihi: | | |
| **EVET**  **HAYIR** | Çocuğun imzası: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Tarih: | Ebeveyn ya da vasinin imzası: |

**Bu formu izni verdiğiniz aile doktoru ya da eczaneye teslim edin.**

Sürüm: Eylül 2016