

**TOESTEMMINGSVERKLARING OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

Datum: ………………………………………………

Plaats: ……………………………………………….

**Ik**

Naam: ……………………………………………….

Geboortedatum: ……………………………………………….

**geef toestemming aan:**

Naam: ………………………………………………

Geboortedatum: ………………………………………………

Telefoonnummer: ……………………………………………..

Relatie tot bovenstaande patiënt: ………………………………………………

**U geeft toestemming voor de volgende zaken:**

* Om uitslagen op te vragen.
* Afspraken te maken.
* Medische gegevens te delen vanuit uw dossier.
* Contactpersoon te bereiken in geval van nood.

Handtekening …………………………………………….

**Alleen een volledig ingevuld en ondertekend formulier is geldig.**

**Dit formulier wordt in uw dossier opgeslagen.**