****

**TOESTEMMINGSVERKLARING OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

Datum: ………………………………………………

Plaats: ……………………………………………….

**Ik**

Naam: ……………………………………………….

Geboortedatum: ……………………………………………….

**geef toestemming aan:**

Naam: ………………………………………………

Geboortedatum: ………………………………………………

**om mijn medische gegevens en uitslagen op te vragen.**

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

**Dit wordt in uw dossier opgeslagen.**