



Toestemmingsformulier voor het verstrekken medische gegevens

(Zonder uw toestemming geven wij uitsluitend medische gegevens aan uzelf door)

Achternaam:M / V / X

Voorletter(s) / roepnaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer(s):

HIERBIJ VERKLAART BOVENGENOEMDE PATIËNT AKKOORD TE GAAN MET HET VERSTREKKEN VAN MEDISCHE GEGEVENS AAN / TEN BEHOEVE VAN:

Naam:.....

Relatie:

Telefoonnummer:.....

Kruis hieronder aan waar u toestemming voor geeft:

- Opvragen van uitslagen
- Ophalen van brieven/verwijzingen (geef aan om welke brieven het gaat)
- Opvragen van mijn dossier of deel van het dossier t.b.v. aanvragen CIZ / verpleeg- verzorgingshuis
- Namens mij bellen met de praktijk, bijvoorbeeld navragen wanneer u een afspraak heeft of welk beleid er is afgesproken
- Anders, namelijk:

Het is op ieder moment mogelijk deze toestemming weer in te trekken. Dit formulier blijft geldig totdat u zelf aangeeft geen toestemming meer te willen verstrekken.

