TOESTEMMINGSFORMULIER DELEN MEDISCHE GEGEVENS

**Dit formulier is alleen geldig als deze volledig is ingevuld**

Achternaam patiënt:                                                     V / M / X

Voorletter(s)/roepnaam:
Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer(s):

Handtekening: Datum: Plaats:

**Door dit formulier te ondertekenen verklaart bovengenoemde patiënt vrijwillig akkoord te gaan met het verstrekken van de medische gegevens aan:**

Naam: Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Relatie: moeder / vader / zoon / dochter / wettelijk mentor / persoonlijk begeleider

/ anders, namelijk\*………………………………………………….. (\*omcirkelen s.v.p.)

Eventueel 2e persoon:

Naam: Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Relatie: moeder / vader / zoon / dochter / wettelijk mentor / persoonlijk begeleider

/ anders, namelijk\*………………………………………………….. (\*omcirkelen s.v.p.)

**Kruis hieronder aan waar u toestemming voor geeft:**

* Opvragen van uitslagen/onderzoeken
* Ophalen van brieven/verwijzingen:
* Gebeld worden als huisarts mij niet kan bereiken
* Opvragen van informatie uit mijn dossier
* Namens mij bellen met de praktijk, bijvoorbeeld navragen wanneer u een afspraak heeft of welk beleid er is afgesproken.

**Zonder uw toestemming geven wij uitsluitend medische gegevens aan uzelf door. Het is op ieder moment mogelijk deze toestemming weer in trekken. Dit formulier blijft geldig totdat u zelf aangeeft geen toestemming meer te willen verlenen.**