

Toestemming voor delen van medische informatie met derden

Middels dit formulier geef ik toestemming dat mijn huisarts, of een daarvoor gemachtigde medewerker (doktersassistente, praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist), medische informatie mag delen met:

mijn partner/ouders

Naam : _____

Relatie : _____

Tel. : _____

andere zorgverlener, te weten:

Naam : _____

Instelling : _____

Tel : _____

anders:

Naam : _____

Relatie : _____

Tel. : _____

Ik geef toestemming voor het delen van de volgende informatie:

Vul hier in welke informatie u wilt delen

Ondertekening

Hierbij geeft ik toestemming om medische informatie te delen met bovengenoemde perso(o)n(en).

Achternaam : _____

Voorletters : _____

Geboortedatum : _____

Geslacht : _____

BSN nummer : _____

Handtekening:

Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

U verleent deze toestemming tot het moment dat u deze schriftelijk beëindigt.

