



Toestemmingsformulier voor het delen van medische informatie met derden

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

Naam patiënt	
Geboortedatum	
Email adres	
Telefoonnummer	
Datum	

Handtekening

Geeft toestemming voor het delen van medische informatie met:

Naam	
Geboortedatum	
Relatie tot uzelf	
Datum	

Naam	
Geboortedatum	
Relatie tot uzelf	
Datum	

Wilt u wijzigingen in deze afspraak **zelf** doorgegeven aan de medewerkers van de praktijk?

Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren zijn geldig. Deze wordt opgeslagen in uw dossier.