

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:

Telefoonnummer:

andere zorgverlener

Naam:

Relatie:

Telefoonnummer:

anders

Naam:

Relatie:

Telefoonnummer:

Ik geef toestemming voor het delen van de volgende informatie:

Vul hier in welke informatie u wilt delen

Ondertekening

Hierbij geef ik toestemming om medische informatie te delen met op dit formulier genoemde persoon/personen.

Voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum:

Geslacht:

BSN-nummer:

Telefoonnummer:

E-mail:

Datum:

Handtekening:

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