

## TOESTEMMINGSFORMULIER

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

Achternaam: 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:

Relatie:

*Eventueel 2<sup>e</sup> persoon:*

Naam: Geboortedatum:

Relatie:

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

- Opvragen van uitslagen
- Ophalen van brieven/verwijzingen:
- Overleg met hulpverlener 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 ik zelf aangeef geen toestemming meer te willen verlenen**