Afbeelding met logo, Lettertype, Graphics, symbool

Automatisch gegenereerde beschrijvingTOESTEMMINGSFORMULIER

**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 2e 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 u zelf aangeeft geen toestemming meer te willen verlenen.**