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 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.**