

TOESTEMMINGSFORMULIER



Dit formulier is alleen geldig wanneer het volledig is ingevuld.

Patiëntgegevens

Achternaam: _____ V / M / X

Voorletter(s) / Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer(s): _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Door dit formulier te ondertekenen verklaart bovengenoemde patiënt vrijwillig akkoord te gaan met het verstrekken van medische gegevens aan:

Naam: _____

Relatie tot patiënt: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Eventueel persoon 2

Naam: _____

Relatie tot patiënt: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

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.