

Machtigingsformulier medische gegevens

Genoemde patiënt geeft tot wederopzegging toestemming voor onderstaande contactpersonen aan de huisartsenpraktijk om **ALLE** medische gegevens te delen.

(let u erop dat deze machtiging geldig blijft totdat u ons laat weten dat iemand niet langer meer gemachtigd hoeft te zijn)

Uw gegevens

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	

Gegevens van degene die u machtigt

Contactpersoon 1

Naam:	
Relatie tot patiënt:	
Telefoonnummer:	

Contactpersoon 2

Naam:	
Relatie tot patiënt:	
Telefoonnummer:	

Dit formulier dient ingeleverd te worden door de patiënt zelf aan onze balie met vertoning van ID/Paspoort.

Datum:

Handtekening:
