

# Machtigingsformulier

Huisartsenpraktijk dr. Arends, dr. Huls en dr. Tanck  
Dodewaardlaan 11  
4006 EA Tiel  
0344-621055

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

(mobiel) Telefoonnummer:

Datum:

Handtekening:

**Bovengenoemde patiënt geeft tot wederopzegging toestemming aan de huisartsenpraktijk om medische gegevens door te geven aan de volgende personen:**

**Contactpersoon 1;**

Voornaam:

Achternaam

Relatie van patiënt;

**Contactpersoon 2;**

Voornaam:

Achternaam:

Relatie van patiënt: