

## 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:**

---