



Met dit formulier geeft u onderstaand persoon toestemming om uw medische gegevens te delen vanaf een bepaalde datum.

Gegevens patiënt:

Voorletters en achternaam _____ m v
Straat Huisnummer _____
Postcode Woonplaats _____
Geboortedatum _____ Burgerservicenummer _____
Telefoon _____ E-mailadres _____

Persoon die gemachtigd wordt:

Voorletters en achternaam _____ m v
Straat Huisnummer _____
Postcode Woonplaats _____
Geboortedatum _____ Burgerservicenummer _____
Telefoon _____ E-mailadres _____

Met het ondertekenen van dit formulier geef ik mijn huisarts toestemming om:

O mijn volledige medische dossier met bovenstaand persoon te delen.

O mijn medische dossier vanaf datum : te delen met bovenstaand persoon.

O mijn medische informatie ten aanzien van de volgende medische problemen :

De machtiging loopt door totdat ik de machtiging schriftelijk of via e-mail beëindig.

Datum: _____ Plaats _____

Mijn handtekening _____ hand tekening gemachtigde _____

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier afgeven bij de doktersassistente.

U kunt het formulier ook opsturen naar:
Huisartsenpraktijk Klein Gebbink & Van der Holst
Ziekenhuisstraat 14
7141 AN Groenlo