

Huisartsenpraktijk

Van Alfen

Toestemmingsformulier voor het delen van medische informatie met derden

Achternaam:

Voorletter(s):

Geboortedatum : _____ / _____ / _____ (dd-mm-jjjj)

Geslacht : M / V

BSN nummer :

Middels dit formulier geef ik toestemming dat mijn huisarts, of een daarvoor gemachtigde medewerker (doktersassistente, praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist), medische informatie mag delen met:

Achternaam:

Voorletters:

Relatie tot patiënt:

Ik geef toestemming voor het delen van de volgende informatie:

Vul hier in welke informatie u wilt delen:

Handtekening:

Datum: