



Toestemmingsverklaring opvragen medische gegevens

Persoonlijke gegevens

Naam
(geboortenaam) _____

Naam echtgenoot
(indien van toepassing) _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode + Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Toestemmingsverklaring

Plaats _____ Datum _____

Ondergetekende verklaart hiermee dat zij/hij toestemming verleent aan:

Naam behandelaar _____

Specialisme _____

Ziekenhuis _____

om in het kader van haar/zijn behandeling (kopieën van haar/zijn medische gegevens,
te weten:

op te vragen bij:

Naam behandelaar _____

Specialisme _____

Ziekenhuis _____

Handtekening _____