

*Persoonlijke gegevens*

Naam

(geboortenaam)

\_\_\_\_\_

Naam echtgenoot

(indien van toepassing)

\_\_\_\_\_

Geboortedatum

\_\_\_\_\_

Adres

\_\_\_\_\_

Woonplaats

\_\_\_\_\_

Telefoonnummer

\_\_\_\_\_

*Toestemmingsverklaring*

Plaats

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart hiermee dat hij/zij 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

\_\_\_\_\_