

HUISARTSENPRAKTIJK SMIDSPLEIN

Smidsplein 22 • 3781 GR Voorthuizen

T 0342 - 471364

TOESTEMMINGSFORMULIER DELEN MEDISCHE GEGEVENS

Dit formulier is alleen geldig als het volledig is ingevuld.

Gegevens patiënt

Achternaam: _____

Voorletter(s) / roepnaam: _____

Geslacht: ☐ Vrouw ☐ Man ☐ X

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer(s): _____

Door dit formulier te ondertekenen verklaart bovengenoemde patiënt vrijwillig akkoord te gaan met het verstrekken van medische gegevens aan onderstaande perso(o)n(en).

Persoon 1

Naam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Relatie tot patiënt: _____

Persoon 2 (optioneel)

Naam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Relatie tot patiënt: _____

Toestemming

Met dit formulier geef ik toestemming aan de genoemde personen om namens mij contact te hebben met de huisartsenpraktijk, voor:

- ☐ het opvragen van uitslagen
- ☐ het ophalen van brieven en/of verwijzingen
- ☐ het opvragen van informatie uit mijn dossier
- ☐ het navragen wanneer een afspraak is gepland of welk beleid is afgesproken

Intrekking van toestemming

Belangrijk: Zonder uw toestemming verstrekken wij uitsluitend medische gegevens aan uzelf. U kunt deze toestemming op ieder moment weer intrekken. Dit formulier blijft geldig totdat u schriftelijk of mondeling aangeeft dat u geen toestemming meer wilt verlenen.

Handtekening

Ik verklaar hierbij dat ik dit formulier heb gelezen en begrepen, en geef mijn toestemming zoals hierboven uiteengezet

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening patiënt: _____