

Toestemming uitwisselen medische gegevens aan andere personen

Hierbij machtig ik, patiënt,

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Geboortedatum :
BSN-nummer :

medewerkers van huisartsenpraktijk Elings, praktijk houdend op de Struitenweg 11, 3082 WP te Rotterdam om informatie uit mijn medisch dossier te delen met de volgende personen:

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :
Relatie tot de patiënt :

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :
Relatie tot de patiënt :

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :
Relatie tot de patiënt :

Er is een sleutel van mijn huis beschikbaar op het volgende adres:

Datum: _____ Handtekening: _____