

Machtiging uitwisselen medische gegevens met zorgverleners

Bij uw medische zorg zijn naast Huisartsenpraktijk Elings ook andere zorginstellingen betrokken. Om goed met deze organisaties samen te werken is het van belang om informatie met elkaar te kunnen uitwisselen. Met dit formulier stemt u in met het uitwisselen van informatie over uw medische situatie met thuiszorg, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen, wijkteam, casemanagers dementie en andere gelijksoortige zorgverleners.

Hierbij machtig ik,

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

medewerkers van huisartsenpraktijk Elings, praktijk houdend op de Boergoensevliet 191c, 3082 KW te Rotterdam om in het kader van mijn behandeling en gedurende de looptijd van mijn behandeling mijn medische gegevens op te vragen bij en te delen met:

Naam zorgverlener :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :

Naam zorgverlener :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :

Naam zorgverlener :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mail :

Datum:

Handtekening patiënt: