Toestemmingsverklaring opvragen medische gegevens

|  |
| --- |
| *Persoonlijke gegevens* |
| Naam |
| BSN |
| Geboortedatum |
| Adres |
| Woonplaats |
| Telefoonnummer |

|  |  |
| --- | --- |
| *Toestemmingsverklaring* |  |
| Plaats | Datum |
| Ondergetekende verklaart hiermee dat hij/zij toestemming verleent aan | |
| Naam gemachtigde |  |
| Relatie tot patiënt |  |
| Geboortedatum |  |
| om in het kader van haar/zijn behandeling (kopieën van) haar/zijn medische gegevens in te zien en op te vragen bij: | |
| naam behandelaar | Huisartspraktijk A.C. van der Stelt  Crooswijksesingel 13b  3034 CG Rotterdam |
|  | |
| Handtekening | |
|  |  |