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 SteltCrooswijksesingel 13b 3034 CG Rotterdam |
|  |
| Handtekening |
|  |  |