

Toestemmingsverklaring

Patiënt

naam :
geboortedatum :
adres :
postcode/plaats :

Hierbij geef ik (naam) toestemming aan mijn arts dat medische informatie gedeeld mag worden met onderstaande gemachtigde.

De arts behoudt zijn beroepsgeheim en hij/ zij kan in sommige situaties ervoor kiezen om bepaalde medische zaken, in belang van de patiënt, niet te delen met gemachtigde.

Gemachtigde

naam :
geboortedatum :
adres :
postcode/plaats :
telefoonnummer :
emailadres :

Ondertekend op - -

te

Handtekening patiënt

Handtekening gemachtigde

.....

.....