



Huisartsenpraktijk van der Windt

MACHTIGINGSFORMULIER DELEN (MEDISCHE) INFORMATIE MET GEMACHTIGDE

Gegevens ondergetekende

Voorletter(s):	
Achternaam:	
Geslacht:	Man / Vrouw
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
BSN nummer	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

Bovengenoemde verleent hierbij toestemming tot het verstrekken van medische gegevens aan:

Voorletter(s):	
Achternaam:	
Geslacht:	Man / Vrouw
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
BSN nummer	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Wat is de relatie van de gemachtigde tot u?	

Door het plaatsen van uw handtekening bevestigt u dat:

- U de gegevens op het formulier naar waarheid heeft ingevuld;
- U kennis heeft genomen van de inhoud van het privacyreglement;
- U toestemming geeft voor het verwerken van de door u- of uw wettelijk vertegenwoordiger ingevulde persoonsgegevens in uw dossier.

Hierbij bevestig ik dat ik ten alle tijden toestemming geef aan bovenstaande persoon om alle medische gegevens op te vragen, in te zien, en te bespreken met de arts.

Handtekening:

Datum: