

Toestemmingsverklaring verstrekking medische gegevens aan derden

Hierbij geef ik:

Mevrouw/meneer*

geboren op

Handtekening..... ,

WID controle: (invullen te door assistente)

ID

PP

RBW

Legitimatienummer:.....

Toestemming aan het personeel van Huisartsenpraktijk de Weide, de Zaaier 6, 7908 MA Hoogeveen tot het uitwisselen van medische gegevens met derden. *(familielid, partner, kind/ouder, verzorgende ect. **)*

Contactgegevens derden:

Contactgegevens derde(n):

Relatie van derde(n) tot patiënt:

Naam derde(n):

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

WID controle: (invullen te door assistente)

ID

PP

RBW

Legitimatienummer.....

Contactgegevens derde(n):

Relatie van derde(n) tot patiënt:

Naam derde(n):

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

WID controle: (invullen te door assistente)

ID

PP

RBW

Legitimatienummer.....

Contactgegevens derde(n):

Relatie van derde(n) tot patiënt:

Naam derde(n):

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

WID controle: (invullen te door assistente)

ID

PP

RBW

Legitimatienummer.....

* Doorhalen wat niet van toepassing is. ** de huisarts onderhoudt zo nodig contact met de 1^e contactpersoon