*De Zaaier 6*



Gezondheidscentrum

**de weide**

*7908 MA Hoogeveen**Tel: 0528 - 266633*

**TOESTEMMINGSVERKLARING   
OPVRAGEN  
MEDISCHE GEGEVENS DOOR DERDE**

Hierbij geef ik (in te vullen door de patiënt zelf);

Naam: Voorletters:

Adres:

Geboortedatum: BSN:

Datum: Te:

Handtekening:

toestemming aan onderstaande persoon/personen om mijn medische gegevens op te vragen.

Naam: Voorletters:

Adres:

Geboortedatum: BSN:

Datum: Te:

Handtekening:

Naam: Voorletters:

Adres:

Geboortedatum: BSN:

Datum: Te:

Handtekening: