

Toestemmingsformulier

Dit formulier is alleen geldig als deze volledig is ingevuld

Mijn gegevens		
Achternaam:		
Voorletter(s)/roepnaam:		
Geboortedatum:		
BSN:		
Adres:		
Postcode en woonplaats:		
Telefoonnummer(s):		
Handtekening:	Datum:	Plaats:

Door dit formulier te ondertekenen verklaart bovengenoemde patiënt vrijwillig akkoord te gaan met het verstrekken van de medische gegevens aan:

1e persoon	
Naam:	Geboortedatum:
Relatie:	
Eventueel 2 ^e persoon	
Naam:	Geboortedatum:
Relatie:	

Kruis hieronder aan waar u toestemming voor geeft:

- ☐ Opvragen van uitslagen
- ☐ Ophalen van brieven/verwijzingen
- ☐ Gebeld worden als de huisarts mij niet kan bereiken, telefoonnummer:
- ☐ Opvragen van informatie uit mijn dossier, zoals bijvoorbeeld hoe medicijnen gebruikt moeten worden of waar een verwijzing naartoe is gestuurd
- ☐ Namens mij bellen met de praktijk voor advies voor kleine medische problemen (soms zal de huisarts of assistente zeggen dat dit toch niet mogelijk is en we u zelf moeten spreken)

Denk goed na over welke dingen u aankruist. Het opvragen van stukken tekst uit het dossier valt niet onder deze verklaring.

Zonder uw toestemming geven wij uitsluitend medische gegevens aan uzelf door.

Het is op ieder moment mogelijk deze toestemming weer in te trekken. Dit formulier blijft geldig totdat ik zelf aangeef geen toestemming meer te willen verlenen.