

**Toestemmingsformulier uitwisselen medische gegevens:**

**Gegevens patiënt**

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

**Geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens met:**

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

Ondertekening patiënt

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening .....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

**Wij vragen u het aanvraagformulier te overhandigen aan een van onze medewerkers. Wij zullen uw identiteit verifiëren en het nummer het legitimatiebewijs noteren.**