

Toestemmingsformulier Medische Gegevens

Vanaf 16 jaar is het noodzakelijk dat wij schriftelijk toestemming van u krijgen als wij aan iemand anders laboratorium- uitslagen of andere medische gegevens mogen geven, bijv. aan ouders, kinderen of partner.

Uw naam Handtekening

Uw geboortedatum Datum

Geeft toestemming aan:

Naam Handtekening

Relatie tot patiënt Datum

Dit formulier graag volledig ingevuld en ondertekend inleveren bij de balie van de huisartsenpraktijk in Wytgaard of per post verzenden aan:

Huisartsenpraktijk It Kleaster
It Kleaster 1
9089 BX Wytgaard

Dit formulier komt in uw dossier.