



Verstrekken medische informatie aan derden

Datum:.....

Deze machtiging is geldig:

☐ Tot ik 18 / 21 jaar ben (omcirkelen wat van toepassing is) (indien 16 jaar of ouder)

☐ Datum-.....-.....

☐ Tot overlijden

Hierbij geef ik,

Naam:.....

BSN nummer:.....

Geboortedatum:.....-.....-.....

Toestemming aan:

Naam:

Geboortedatum:-.....-.....

Relatie tot patiënt:

Tel. Nummer:

Email:

Ik machtig de bovengenoemde persoon om...

☐ Brieven voor mij op te halen

☐ Mijn medisch dossier in te zien

☐ Uitslagen van mij op te vragen

☐ Mijn afspraken te checken

☐ Herhaal recepten aanvragen

☐ Al het bovenstaande

Handtekening: