Toestemmingsformulier delen van medische gegevens.

Datum …………/…………./20…….

Betreft:

Dhr/mevr ……………………………………………………..…

Adres: …………………………………………………………….

Geb.datum : ……………………………………………………

Hierbij geef ik toestemming aan:

Dhr/mevr…………………………………………………

Zoon/dochter/ andere relatie: ………………..

Telefoonnummer: …………………………………..

om medische gegevens op te vragen bij huisartsenpraktijk Westerschenge in Lewedorp.

Handtekening:

……………………………………………..