



Huisartsenpraktijk Saunier

Toestemming voor delen van medische informatie met derden

Middels dit formulier geef ik toestemming dat mijn huisarts, of een daarvoor gemachtigde medewerker (doktersassistente, praktijkondersteuner, verpleegkundig specialist), medische informatie mag delen met:

☐ mijn partner/ouders/kinderen/ andere zorgverlener

Naam/instelling : _____

Telefoonnummer: _____

Ondertekening

Hierbij geeft ik toestemming om medische informatie te delen met bovengenoemde perso(o)n(en).

Achternaam : _____

Voorletters : _____

Geboortedatum : ____ / ____ / ____ (dd/mm/jjjj)

Geslacht : M / V

BSN nummer : _____

Handtekening: Datum: _____ / ____ / ____ (dd/mm/jjjj)