



Toestemmingsverklaring versturen medische gegevens

Datum:.....

Door invullen en ondertekenen van dit formulier geef ik

Naam:

Geboortedatum: BSN nummer:

huisartspraktijk L.C. Decates toestemming voor het digitaal versturen van mijn medische dossier zoals dat op huisartspraktijk L.C. Decates is opgeslagen in het Huisarts Informatie Systeem.

Ik geef deze toestemming ook voor de medische dossiers van mijn minderjarige kinderen:

Naam:

Geboortedatum: BSN nummer:

Naam:

Geboortedatum: BSN nummer:

Naam:

Geboortedatum: BSN nummer:

Onze medische gegevens worden gestuurd naar:

Huisartsenpraktijk:.....

Adres:.....

Postcode..... Woonplaats.....

Datum waarop ik mij en mijn bovengenoemde kinderen heb ingeschreven bij mijn nieuwe huisarts:

Handtekening voor akkoord:

.....

Naam:

.....

Partners en meerderjarige kinderen dienen zelf een formulier in te vullen en te ondertekenen