



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.

Mijn medische gegevens worden gestuurd naar:

Huisartsenpraktijk:.....

Adres:.....

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

Datum waarop ik mij heb ingeschreven bij mijn nieuwe huisarts:

Handtekening voor akkoord:

.....

Naam:

.....

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