

## TOESTEMMINGSFORMULIER MEDISCHE INFORMATIE VERSTREKKEN

Huisartsenpraktijk Groenkamp. Groenkamp 1, 9285SZ, BUITENPOST, 051 1541203.

Huisartsen: M. vd Ven, B. Wemmenhove, S. Dirksz, N. Feenstra, A. Andringa, R van Berkel.

Dhr / mevr.:

Geboorte datum:

Verleent hierbij toestemming aan zijn of haar huisarts en of behandelend specialist, om medische informatie te verstrekken aan de volgende onderstaande personen:

Datum:

Naam gemachtigde:

Relatie tot patiënt:

Telefoonnummer:

Mailadres:

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde: