

Toestemmingsverklaring

Hierbij geef ik wel / geen toestemming (naam patiënt):

Naam:

Geboortedatum:

aan de hieronder genoemde persoon:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

om uitslagen en of medische gegevens te delen/ bespreken met medewerkers van

Huisartsenpraktijk Schrijver

Ligt 1A

5503 CA Veldhoven

LET OP: U machtigt bovengenoemde persoon tot inzage van het gehele dossier!

Datum:

Handtekening: