

---

**TOESTEMMING**  
voor het verstrekken van medische gegevens

Datum	
Voornaam + achternaam	
Geboortedatum	
BSN	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Naam huisarts	<input type="checkbox"/> M. Maatjens <input type="checkbox"/> A. Loukes <input type="checkbox"/> A. Hobbelen
Handtekening	

Ik verleen hierbij Huisartsenpraktijk Schaepmanlaan toestemming tot het verstrekken van medische gegevens (zoals uitslagen) aan onderstaand persoon. Geldig tot persoonlijke wederopzegging.

Voornaam + achternaam	
Geboortedatum	
Woonplaats	
Relatie tot bovenstaand persoon <small>Bijv.: partner/ouder/verzorger/zoon/dochter</small>	

Stuur dit formulier naar ons toe of geef het bij de balie af:

- voorzien van uw handtekening én
- een kopie van uw ID bewijs, waarop uw handtekening zichtbaar is.

Door het plaatsen van uw handtekening bevestigt u dat:

- U de gegevens op het formulier naar waarheid heeft ingevuld;
  - U toestemming geeft voor het verwerken van de gegevens op dit formulier;
  - U kennis heeft genomen van de inhoud van het privacyverklaring, zoals gepubliceerd op onze website.
-