

**Machtigingsformulier verstrekking medische gegevens**

Wilt u dat iemand anders uw gegevens komt afhalen? Dan moet u hiervoor toestemming geven.

**Hoe werkt het?**

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze machtiging.

2. Vul het formulier in en onderteken het.

3. Lever het formulier in bij de assistentes.

4. Komt u gegevens ophalen waarvoor u gemachtigd bent, neem dan uw legitimatiebewijs mee. Zonder geldig legitimatiebewijs kunnen wij de gegevens niet overhandigen.

**Uw gegevens**

Voorletters en achternaam: ........................................................................................

Straat en huisnummer: ...............................................................................................

Postcode en woonplaats: ...........................................................................................

Geboortedatum: ........................................................................................................

Email: ........................................................................................................................

**Ik geef toestemming aan de gemachtigde(n)**

1. Voorletters en achternaam: ..............................................................................

Geboortedatum: ..............................................................................................

2. Voorletters en achternaam: ..............................................................................

Geboortedatum: ..............................................................................................

**Duur van de machtiging**

□Eenmalige machtiging (max 2 weken geldig)

□Doorlopende machtiging

**Ik geef toestemming voor**

□Het afhalen van medische gegevens t.b.v. andere zorgverlener

□Het afhalen van het dossier

□Telefonische informatie verstrekken

Wij verstrekken uw gegevens uitsluitend aan de persoon die u gemachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt. Wenst u de machtiging in te trekken? Neem dan contact met ons op.

Plaats: ………………………………………………. Datum: ………………………………………………..

Handtekening patiënt: ................................................................................................

Handtekening 1e gemachtigde: ...................................................................................

Handtekening 2e gemachtigde (indien van toepassing): ...............................................