

Huisartsen: E.T.A. Sanders | F. Lenting
Windsingel 14
9351 SB Leek
T. 0594 - 58 00 22
www.wolveschans.nl



TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HET VERSTUREN VAN MEDISCHE INFORMATIE

Hierbij geeft u als patiënt, of als mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt, toestemming voor het versturen van informatie en/of het medisch dossier van de patiënt naar een instelling of verpleeghuis.

Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	

Onderstaande alleen invullen als u mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger bent van de bovenstaande patiënt

Naam:	
Relatie tot patiënt:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

Geeft toestemming voor:

- Het beveiligd versturen van het medisch dossier/informatie over de patiënt

Ondertekening:

Ondertekening patiënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats: Datum:

Handtekening

Wij vragen u dit formulier in te vullen en als pdf versturen naar: praktijk@wolveschans.nl.
Invullen en uitprinten is ook mogelijk. U kunt het ingevulde formulier dan aan de balie afgeven.