

Machtigingsformulier opvragen (medische) informatie over uitslagen

Ondergetekende,

Achternaam :
Meisjesnaam :
Voorletter(s) :
Roepnaam :
Geslacht : man/vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)
Geboortedatum :

Straatnaam :
Huisnummer :
Postcode :
Woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mailadres :

Verleent hierbij toestemming tot het verstrekken van medische gegevens (uitslagen) aan:

Aanhef : De heer/Mevrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorletter(s) :
Achternaam :

Wat is de relatie van de gemachtigde tot u? (doorhalen wat niet van toepassing is)

Echtgenoot/Echtgenote/Partner/Ouder/Verzorger/Zoon/Dochter

Anders, namelijk

Handtekening:

Door het plaatsen van uw handtekening bevestigt u dat:

- U de gegevens op het formulier naar waarheid heeft ingevuld;
- u kennis heeft genomen van de inhoud van het privacyreglement, zoals dat is gepubliceerd op de website van Gezondheidscentrum Oost-West (huisartspraktijk Akrum).
- u toestemming geeft voor het verwerken van de door u - of uw wettelijke vertegenwoordiger - ingevulde persoonsgegevens.