

Huisartspraktijk Het Eikske

Toestemmingsformulier voor het delen van privacygevoelige informatie

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	

Gegevens patiënt

Ik weet dat de medewerkers van Huisartspraktijk Het Eikske de verplichting hebben om vertrouwelijk met mijn persoonsgegevens om te gaan. Dit houdt in dat zij voor verstrekking van mijn persoonlijke en medische gegevens uitdrukkelijk toestemming nodig hebben.

Bij deze geef ik **wel/geen** toestemming om: *(graag omcirkelen/ aankruisen wat van toepassing is)*

- **Uitslagen**
- **Beleid van de huisarts**
- **Verwijsbrieven, specialistenbrieven of labformulieren**

Tot wederopzegging mondeling te mogen delen met of meegeven aan:

Naam	
Relatie	

Naam	
Relatie	

Naam	
Relatie	

Naam	
Relatie	

Naam	
Relatie	

Naam	
Relatie	

Plaats: Datum:

Handtekening:

Registratienummer legitimatiebewijs:

Wij vragen u het toestemmingsformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs* mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.
(ID-kaart of paspoort; geen rijbewijs)*

Voor de huisartspraktijk:

Legitimatiebewijs voor gezien, namens:(Naam medewerker)