



Huisartsenpraktijk
't Voorhuis

Medisch toestemmingsformulier

Ik geef toestemming aan de persoon die ik hieronder omschrijf als gemachtigde, om namens mij medische beslissingen te nemen en toegang te krijgen tot mijn medische informatie.

Persoonlijke gegevens patiënt (ondergetekende)

Naam:			
Adres:			
Postcode:		Plaats:	
Geboortedatum:	/	/	
Telefoonnummer:		E-mailadres:	

Persoonlijke gegevens gemachtigde

Naam:			
Relatie tot de patiënt (bijv. partner, ouder, vriend enz.):			
Telefoonnummer:		E-mailadres:	

Ik, ondergetekende, geef toestemming aan de hierboven genoemde persoon om de volgende handelingen uit te voeren:

- Toegang krijgen tot mijn medische informatie, waaronder medische dossiers en testresultaten.
- Overleg plegen met artsen, specialisten en andere medische zorgverleners namens mij.

Specifieke beperkingen of instructies

Indien van toepassing, geef hieronder eventuele specifieke beperkingen of instructies met betrekking tot de hierboven genoemde bevoegdheden:

Geldigheid van toestemming

Deze toestemming is geldig vanaf de datum van ondertekening en blijft van kracht totdat ik deze schriftelijk herroep of tot de volgende datum (indien van toepassing):

/ /

Verklaring en handtekening

Ik verklaar hierbij dat ik de gemachtigde vertrouw en bewust en vrijwillig deze machtiging verleen. Ik begrijp dat ik deze toestemming te allen tijde kan intrekken.

Naam patiënt:		Handtekening:	
Datum:	/ /		

Lever dit formulier in bij de praktijk