**Verstrekken medische informatie aan derden**

**Datum:**

**Deze machtiging is geldig**: *(kruis aan wat van toepassing is)*

* Tot ik 18 / 21 jaar ben *(indien 16 jaar of ouder)*
* Datum ……. - …... - …….
* Voor onbepaalde tijd

**Hierbij geef ik**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **BSN nummer** |  |
| **Geboortedatum**  |  |
| **Handtekening** |  |

**toestemming aan:** (*u kunt 2 personen machtigen*)

**1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam + Tel nummer** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Relatie tot patiënt** |  |

**Ik machtig de bovengenoemde persoon om:** *(kruis aan wat van toepassing is)*

* Brieven/formulieren voor mij op te halen
* Mijn medisch dossier in te zien
* Uitslagen van mij op te vragen
* Mijn afspraken te checken
* Al het bovenstaande

**2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam + Tel nummer** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Relatie tot patiënt** |  |

**Ik machtig de bovengenoemde persoon om:** *(kruis aan wat van toepassing is)*

* Brieven/formulieren voor mij op te halen
* Mijn medisch dossier in te zien
* Uitslagen van mij op te vragen
* Mijn afspraken te checken
* Al het bovenstaande