

**Volmacht delen medische gegevens**

Hierbij geef ik: ……………………………………………………………………………………………………………

Geboren op: ……………………………………………………………………………………………………………

Wonende te: ……………………………………………………………………………………………………………

**Toestemming aan onderstaande persoon namelijk:**

Naam:……………………………………………………Geboortedatum: ………………………….

Relatie tot patiënt: ……………………………………………………………………………………

Om mijn medische gegeven te bespreken met Huisartsenpraktijk Ens en eventuele derden in de gezondheidszorg indien dit medisch gezien noodzakelijk zou blijken. Ik weet dat ik ten allen tijde deze toestemming kan intrekken.

Naam: ……………………………………………………………………………………………………………

Datum: ……………………………………………………………………………………………………………

Handtekening: ……………………………………………………………………………………………………………