

IEMAND ANDERS MACHTIGEN

Wilt u een naaste toestemming geven om ten alle tijden de noodzakelijke informatie te verstrekken over uw ziektebeeld, de zorg en ondersteuning die u nodig heeft, over uw gezondheid en over uw woon/verblijfplaats?

Deze toestemmingsverklaring is met name bedoeld voor situaties waarin u zelf niet of onvoldoende in staat bent om uw medische belangen zelf goed te behartigen.

HOE WERKT HET?

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze machtiging.
2. Vul dit formulier volledig in.
3. Lever dit formulier in bij de assistente van huisartsenpraktijk Tholos.

UW GEGEVENS

Voornaam en achternaam

Straatnaam en huisnummer.....

Postcode en woonplaats

BSN

Geboortedatum

Telefoonnummer

Mobiel

Email

IK GEEF TOESTEMMING AAN DE GEMACHTIGDE (= 1^e contactpersoon)

Voornaam en achternaam

Straatnaam en huisnummer.....

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Telefoonnummer

Mobiel

Email

Relatie tot patiënt

Plaats en datum Handtekening