



HUISARTSENCESTRUM  **AXEL**
de Ruyterstraat 7 - 4571BW Axel - tel: 0115 - 561777

Toestemmingsverklaring overdracht medische of psychische gegevens

dhr/mvr.....

geboortedatum.....

Verleent hierbij toestemming aan zijn/haar huisarts, om medische en/of psychologische informatie te verstrekken aan;

Ondertekening;
dhr/mvr

Datum

Plaats

Handtekening

Ondertekening door gemachtigde,

Datum

Naam

Telefoonnummer

Relatie tot zorgvrager:

Handtekening