

**Machtigingsformulier****Patiëntgegevens**☐ Man ☐ Vrouw

Naam/geboortenaam patiënt \_\_\_\_\_

Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

Patiënt nr. (indien bekend) \_\_\_\_\_

E-mail adres \_\_\_\_\_

Plaats en datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

**Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te verlenen aan:**

Naam/geboortenaam gemachtigde \_\_\_\_\_

Voorletter(s) gemachtigde \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

E-mail adres \_\_\_\_\_

Plaats en datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

**voor het aanvragen en/of ophalen van mijn medische gegevens (doorhalen wat niet van toepassing is)**

Het machtigingsformulier kunt u, na invulling aan het digitale of papieren aanvraagformulier kopie dossier of radiologiebeelden toevoegen.