

***Machtiging overhandigen / opvragen van medische gegevens aan derde personen.***

**Gegevens patiënt**

Naam:

Geboortedatum:

BSN Nummer:

Telefoonnummer:

**Gegevens gemachtigde**

Naam:

Geboortedatum:

E-Mail:

Telefoonnummer:

**Gegevens die overhandigd aan of opgevraagd mogen worden door gemachtigde**

O Bloed / Rontgen / Echo / Kweek uitslagen

O Ophalen van formulieren betreffende onderzoeken

O Ophalen Medische gegevens

O Regelen van medische gerelateerde zaken

Hoogachtend,

**Patiënt: Gemachtigde:**

Datum:

*Voor Kinderen jonger dan 16 jaar zijn ouders wettelijk vertegenwoordigers dus is er*

*geen machtiging nodig.*

Voor meer informatie verwijzen wij naar het privacyregelement zoals dat is opgesteld door

praktijk Kroevenpoort, zie hiervoor de website www.kroevenpoort.n