

Huisartsenpraktijk Nieuw-Lekkerland
Adriaan Heynisstraat 6
2957 AA Nieuw-Lekkerland
0184 - 681855
<https://www.hapnieuwlekkerland.nl/>



MACHTIGINGSFORMULIER T.B.V. OPVragen MEDISCHE GEGEVENS DOOR DERDEN

Ondergetekende (volmachtgever = patiënt zelf)

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Woonplaats:.....

Tel:.....

Geeft hierbij gevolmachtigde toestemming tot het opvragen van zijn/haar medische gegevens

Nota bene: Indien in de toekomst deze machtiging moet komen te vervallen, zal volmachtgever hier zelf opnieuw melding van maken.

Plaats:..... Datum:

Handtekening volmachtgever:

Naam gevolmachtigde:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Woonplaats:.....

Tel:.....

Plaats:..... Datum:

Handtekening gevolmachtigde: