

Toestemmingsverklaring verstrekken medische gegevens

Persoonlijke gegevens

Naam + voorletters
(geboortenaam)

Naam echtgenoot
(indien van toepassing)

Geboortedatum

Adres

Postcode + Woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Toestemmingsverklaring

Plaats _____ Datum _____

Ondergetekende geeft hiermee toestemming aan:

Naam behandelaar

Specialisme

Ziekenhuis

om in het kader van haar/zijn/diens behandeling (kopieën van) haar/zijn/diens medische gegevens, te weten:

Te verstrekken aan:

Naam behandelaar

Specialisme

Ziekenhuis

Handtekening _____

Laurentius Ziekenhuis
Mgr. Driessenstraat 6
6043 CV Roermond
www.lzr.nl

Patiëntencommunicatie Laurentius Ziekenhuis
F1 - Algemeen - januari 2025