

## Toestemmingsverklaring verstrekken medische gegevens

<i>Persoonlijke gegevens</i>	
Naam + voorletters (geboortenaam)	_____
Naam echtgenoot (indien van toepassing)	_____
Geboortedatum	_____
Adres	_____
Postcode + Woonplaats	_____
Telefoonnummer	_____
E-mailadres	_____

<i>Toestemmingsverklaring</i>	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](http://www.lzr.nl)

Patiëntencommunicatie Laurentius Ziekenhuis  
F1 - Algemeen - januari 2025