Huisartsenpraktijk Heelsum

Utrechtseweg 47
6866CJ Heelsum
0317-313322

**MACHTIGINGSFORMULIER T.B.V. OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

**Ondergetekende (volmachtgever = patiënt zelf)**

Naam:……………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum:…………………………………………………………………………………....

Adres:.………………………………………………………………………………………………

Woonplaats:………………………………………………………………………………………...

Tel:……................................................................................................................................

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

Plaats:…................................... Datum: ….........................

Handtekening volmachtgever: …...................................................................................

**Naam gevolmachtigde:**………………………………………………………………………….

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………

Adres:……………………………………………………………………………………………….

Woonplaats:………………………………………………………………………………………...

Tel:.......................................................................................................................................

Plaats:…................................... Datum: ….........................

Handtekening gevolmachtigde: …....................................................................................