

# Machtiging uitwisselen (medische) gegevens



## Hierbij verklaar ik (volmachtgever):

Achternaam:	
BSN nummer:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon:	
<b>Geldig ID-bewijs meenemen!</b> Handtekening volmachtgever:	

## Mijn zorgverlener/huisarts;

Naam .....

Functie .....

Werkzaam bij Huisartsenpraktijk Parijsch te Culemborg;

## Om in het kader van mijn behandeling informatie op te vragen bij;

Naam Zorgverlener .....

Functie .....

Werkzaam bij .....

## Deze (medische) informatie wordt opgevraagd in het kader van;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

Handtekening: .....

....