

Machtigingsformulier

Opvragen medische gegevens en/of bestellen herhaalmedicatie

Hierbij verklaar ik (volmachtgever):

| | |
|--------------------------------------|--|
| Achternaam en voorletters | |
| Meisjesnaam | |
| Geboortedatum | |
| Adres | |
| Postcode + woonplaats | |
| Telefoon (vast of mobiel) | |
| Handtekening volmachtgever | |
| Neem uw geldig ID-bewijs mee! | |

Dat onderstaande gevolmachtigde met mijn uitdrukkelijke toestemming contact met de praktijk mag opnemen voor het: (*graag aankruisen wat van toepassing is*)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> opvragen van mijn medisch dossier | <input type="radio"/> opvragen van onderzoeksuitslagen |
| <input type="radio"/> ophalen van een verwijsbrief | <input type="radio"/> inplannen van afspraken |
| <input type="radio"/> ophalen van een labformulier | <input type="radio"/> bestellen van herhaalmedicatie |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Naam gevolmachtigde | |
| Relatie met de patiënt | |
| Geboortedatum | |
| Adres | |
| Postcode + woonplaats | |
| Telefoon (vast of mobiel) | |
| Handtekening gevolmachtigde | |
| Neem uw geldig ID-bewijs mee! | |

Wilt u (volmachtgever) dit formulier - ondertekend en met een kopie van uw ID-bewijs én een kopie van het ID-bewijs van de persoon die u machtigt - persoonlijk afgeven bij de praktijk, zodat wij uw identiteit kunnen controleren?

Praktijkadministratie:

- ID gecheckt**
 Paraaf assistente