Huisartsenpraktijk Tolhek

**Verklaring verstrekking medische gegevens aan derden**

Medische gegevens zijn privacygevoelig. Alleen met uw toestemming verstrekt onze praktijk deze aan iemand anders dan uzelf. Deze toestemming is anders dan de toestemming die u eventueel gegeven heeft voor het beschikbaar stellen van uw medische gegevens aan andere zorgverleners. Dit formulier geldt voor personen vanaf 16 jaar. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door zowel ouder als kind ondertekend te worden.

Door ondertekening van deze verklaring geef ik **Huisartsenpraktijk Tolhek** toestemming voor het verstrekken van mij medische gegevens aan een door mij aangewezen persoon.

**Gegevens aangewezen persoon:**naam:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Adres:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….....
Woonplaats:…………………………………………………………………………………………………………………………………………
Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Gegevens aanvrager:**naam:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
Adres:……………………………………………………………………………………………………………………………………………….....
Woonplaats:…………………………………………………………………………………………………………………………………………
Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Ik geef toestemming voor:*ᴏ Opvragen van laboratorium uitslagen ᴏ Het ophalen van verwijzingen/medische gegevens
ᴏMaken van afspraken ᴏ Anders, namelijk:

ᴏ Eenmalige afgifte
ᴏ Aangewezen persoon mag, tot nader bericht, mijn gegevens opvragen

Handtekening Datum

……………………………. …………………………………..