



Gezondheidscentrum
Charley Toorop

Toestemmingsformulier medische gegevens

Hierbij geef ik mijn huisarts

- dokter W. van der Hoek/dokter P. Sanderse, praktijk Wollefoffen
- dokter R. van Leeuwen
- dokter R. Verdonk
- dokter L. van der Voorden

wel/geen* toestemming om mijn medische gegevens elektronisch te delen met andere zorgverleners via de zorginfrastructuur.

Voorletter(s)	:	
Achternaam	:	
Adres	:	
Postcode en woonplaats	:	
Geboortedatum (dag/maand/jaartal)	:	
Leeftijd	:	
Burgerservicenummer (BSN)	:	

Handtekening

Handtekening kind van 12 tot 16 jaar

Datum: _____

Per persoon s.v.p. één formulier invullen. Heeft u meer exemplaren nodig, ga dan naar www.gccharleytoorop.nl of vraag ernaar bij de balie van gezondheidscentrum Charley Toorop.

*Doorhalen wat niet van toepassing is.