

**IEMAND ANDERS MACHTIGEN**

Wilt u een naaste toestemming geven om ten alle tijden de noodzakelijke informatie te verstrekken over uw ziektebeeld, de zorg en ondersteuning die u nodig heeft, over uw gezondheid en over uw woon/verblijfplaats?

Deze toestemmingsverklaring is met name bedoeld voor situaties waarin u zelf niet of onvoldoende in staat bent om uw medische belangen zelf goed te behartigen.

**HOE WERKT HET?**

1. Vul dit formulier volledig in.

2. Lever dit formulier in bij de assistente van huisartsenpraktijk Westeinder of mail het naar contact@huisartsenpraktijkwesteinder.nl

**UW GEGEVENS**

Voornaam en achternaam ………………………………………………………………………………… Straatnaam en huisnummer………………………………………………………………………………… Postcode en woonplaats …………………………………………………………………………………

BSN …………………………………………………………………………………

Geboortedatum ..………………………………………………………………………………

Telefoonnummer …………………………………………………………………………………

Mobiel …………………………………………………………………………………

Email …………………………………………………………………………………

**IK GEEF TOESTEMMING AAN DE GEMACHTIGDE (= 1e contactpersoon)**

Voornaam en achternaam ………………………………………………………………………………… Straatnaam en huisnummer………………………………………………………………………………… Postcode en woonplaats ………………………………………………………………………………… Geboortedatum ..………………………………………………………………………………

Telefoonnummer …………………………………………………………………………………

Mobiel …………………………………………………………………………………

Email …………………………………………………………………………………

Relatie tot patiënt …………………………………………………………………………………

Plaats en datum ……………………………… Handtekening………………………………..…