

Machtigings formulier

Huisartsenpraktijk Driel

Mw. M. Nuininga, Mw. M. Koenders

Ausemsstraat 5

6665 DL Driel

Bij deze geef ik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(naam), geboren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

toestemming aan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(naam), geboren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

om alle medische gegevens te bespreken die op mij betrekking hebben met een medewerker van de huisartsenpraktijk.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening Plaats en datum

Graag dit formulier ingevuld en ondertekend inleveren bij een van de assistentes aan de balie.

Bij wijzigingen dient u dit zelf aan de praktijk door te geven.