



HUISARTSEN
GROEPSPRAKTIJK

't Manschot

Machtiging tot verstrekken medische gegevens / medicatie aan derden

Ondergetekende,

De heer/ mevrouw: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____

Verleent hierbij toestemming tot het verstrekken van medische gegevens en/of medicatie aan:

De heer/ mevrouw: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____

De heer/ mevrouw: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Handtekening: _____