**MACHTIGING UITWISSELEN MEDISCHE GEGEVENS IVM PRIVACYWETGEVING:**

Hierbij machtig ik,

**Naam**………………………………………………………………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………………

# Postcode en woonplaats………………………………………………………………………..Geboortedatum…………………………………………………………………………………..BSNnr……………………………………………………………………………………………..

# de volgende persoon:

# **Naam**………………………………………………………………………………………………

# Adres……………………………………………………………………………………………….

# Postcode en woonplaats…………………………………………………………………………

# Geboorte datum…………………………………………………………………………………..

# BSN nr………………………………………………………………………………………………

# Om bij mijn huisarts van Gezondheidscentrum Zorgpunt Tanthof, Koekamp 18, 2623XV te Delft

Tel: 015-2620190, in het kader van mijn behandeling, mijn medische gegevens op te vragen, recepten en uitslagen aan te vragen en afspraken te maken.

Datum:

Handtekening: