

## **Huisartsenpraktijk Nispen: Machtiging uitwisselen medische gegevens aan derde(n)**

*\_Voor meer informatie verwijzen wij u naar het privacyreglement dat staat op de website: huisartsnispen.nl*

### **Hierbij wordt gemachtigd:**

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnr.:

Geboortedatum:

Echtgenoot /broer /zus /dochter /zoon /thuiszorg / mantelzorger (omcirkelen wat van toepassing is)

Handtekening:

### **Voor:**

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnr.:

Geboortedatum:

Handtekening:

Tot het aannemen/verstrekken van:

- Mijn medisch dossier of een deel daarvan
- Op te halen formulieren
- Uitslagen die opgevraagd worden
- Machtiging voor andere zorgverlener
- Medicatie bestellen/ophalen

De geldigheid voor deze machtiging is:

- Eenmalig
- Chronisch, einddatum.....

*Voor kinderen jonger dan 18 jaar zijn de ouders/voogd wettelijk vertegenwoordigers, dus hiervoor geen machtiging nodig.*