Akkoordverklaring

Om u goede behandeling en begeleiding te kunnen bieden bij De Waalboog is het van belang dat wij (medische) gegevens opvragen bij uw huisarts en eventuele andere behandelaren en organisaties waarvan u zorg ontvangt of heeft ontvangen. Het gaat hierbij om informatie die nodig is om u te kunnen behandelen en/of te begeleiden.

Hierbij vragen wij uw toestemming om deze informatie op te vragen.

Met ondertekening van dit formulier geeft u uw huisarts en eventuele andere behandelaren of organisaties toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor uw behandeling en/of begeleiding

Cliënt:

Naam : ……
Voornamen : ……
Straat en huisnummer : ……
Postcode en plaatsnaam : ……
Geboortedatum : ……
Burger Service Nummer : ……..

Of namens deze diens (wettelijk) vertegenwoordiger:

Vertegenwoordiger:

Naam : ……..
Straat en huisnummer : ……..
Postcode en plaatsnaam : ……
Telefoonnummer : ……..
Geboortedatum : ..……
Relatie tot cliënt : ……

Ondertekening

Datum : ……..
Plaats : ……..

Handtekening : ……..