

S.v.p. dit formulier volledig invullen, ondertekenen en afgeven bij de praktijk

Toestemming voor contact over / inzage in uw medisch dossier

Uw naam:

Voorletters en achternaam (patiënt)

Geboortedatum (patiënt)

BSN nummer (patiënt)

Hierbij geef ik toestemming aan mijn contactpersoon om namens mij contact te hebben met de huisarts of het ondersteunend team over:

- mijn medische hulpvragen
- mijn uitslagen en onderzoeken
- mijn medisch dossier

Voor- en achternaam contactpersoon

Relatie tot patiënt

(bijvoorbeeld: vader, dochter, wettelijk vertegenwoordiger)

Uw handtekening:

Datum:

De huisarts houdt een medisch dossier bij over de patiënt. In de wet WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de rechten en plichten van de patiënt en zijn behandelaar geregeld. Voor meer informatie zie <https://www.patiëntenfederatie.nl/extra/het-medisch-dossier/inzage-in-je-dossier-door-anderen>

Deze toestemming wordt genoteerd en opgeslagen in uw medisch dossier.

U kunt uw toestemming altijd aanpassen of intrekken. Neem in dat geval contact op met de praktijk.

Deze toestemming eindigt vanzelf na uw overlijden i.v.m. de privacy van uw medische gegevens.