

**Toestemmingsformulier**

**medische informatie**

**vertegenwoordiger**

Hierbij geeft ondergetekende toestemming voor het regelen van medische zorg en delen van medische informatie met de arts, POH of assistente van Huisartsenpraktijk Yazdani, te Vlaardingen

Naam :

Geboortedatum :

|  |
| --- |
|  |

Handtekening

Mijn medische informatie mag worden gedeeld met mijn vertegenwoordiger(s), te weten;

Naam :

Geboortedatum :

Dit is mijn; zoon/ dochter/ vader/ moeder/ anders, nl …………………………..

Naam :

Geboortedatum :

Dit is mijn; zoon/ dochter/ vader/ moeder/ anders, nl …………………………..