

**TOESTEMMINGSFORMULIER inzage/afschrift medisch dossier**

Ondergetekende,

Naam + voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

geeft hierbij toestemming aan:

Naam + voorletters \_\_\_\_\_

Om zijn/haar medisch dossier (aankruisen wat van toepassing is, meerdere kruisjes mogelijk):

in te zien

in afschrift te ontvangen

Handtekening:

Datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_