

Toestemmingsformulier voor het delen van medische gegevens.

Wilt u dit formulier compleet invullen en versturen naar info@transparantkliniek.nl?

Wij versturen uw gegevens dan zo snel mogelijk naar de ontvangende partij.

Persoonsgegevens:

Naam:	
Volledige achternaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
E-mailadres:	

Ontvanger:

☐ Uzelf	☐ Een derde partij, namelijk: Naam instelling: Poli / afdeling: E-mailadres*:
------------------------------------	---

Onderzoek:

Welk(e) onderzoek(en) moet er gestuurd worden: Graag ook de datum van het onderzoek vermelden	<i>Bijv. MRI van 19-06-2025</i>
---	---------------------------------

Hierbij geef ik toestemming voor het delen van mijn medische gegevens:

Datum:	Handtekening:

* LET OP: Zonder e-mailadres kunnen wij geen beelden versturen.