

Toestemmingsformulier voor het delen van medische gegevens.

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

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

Persoonsgegevens:

Naam:	
Achternaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Emailadres:	

Ontvanger:

☐ Uzelf	☐ Een derden, namelijk: Naam instelling: Poli / afdeling: Emailadres*:
------------------------------------	--

Onderzoek:

Welk(e) onderzoek(en) moet er gestuurd worden: Graag ook de datum 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 emailadres kunnen wij geen beelden versturen.

