****

Toestemmingsformulier cliënt

Via dit formulier geef ik toestemming om informatie betreffende mijn medische geschiedenis op te vragen bij de volgende medische zorgverleners en/of instanties:

# 

# 

# Gegevens

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt (dd-mm-jjjj):

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

# Handtekening

Datum:

Handtekening cliënt: