**Machtigingsformulier**

**Opvragen medische gegevens en/of bestellen herhaalmedicatie**

Hierbij verklaar ik (volmachtgever):

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters |  |
| Meisjesnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Telefoon (vast of mobiel) |  |
| Handtekening volmachtgever  **Neem uw geldig ID-bewijs mee!** |  |

Dat onderstaande gevolmachtigde met mijn uitdrukkelijke toestemming contact met de praktijk mag opnemen voor het: (*graag aankruisen wat van toepassing is*)

opvragen van mijn medisch dossier opvragen van onderzoeksuitslagen

ophalen van een verwijsbrief inplannen van afspraken

ophalen van een labformulier bestellen van herhaalmedicatie

|  |  |
| --- | --- |
| Naam gevolmachtigde |  |
| Relatie met de patiënt |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Telefoon (vast of mobiel) |  |
| Handtekening gevolmachtigde  **Neem uw geldig ID-bewijs mee!** |  |

Wilt u (volmachtgever) dit formulier - ondertekend en met een kopie van uw ID-bewijs én een kopie van het ID-bewijs van de persoon die u machtigt - persoonlijk afgeven bij de praktijk, zodat wij uw identiteit kunnen controleren?

**Praktijkadministratie: ID gecheckt**

**Paraaf assistente ………**