Huisartsenpraktijk De Wiek

Kerkwerve 54

4873 CJ Etten-Leur

Tel: 076-5013344 Fax: 076-5031341

Website: [www.haze.praktijkinfo.nl](http://www.haze.praktijkinfo.nl)

**MACHTIGINGSFORMULIER T.B.V. OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS**

**Ondergetekende (volmachtgever = patiënt zelf)**

Naam:……………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum:…………………………………………………………………………………....

Adres:.………………………………………………………………………………………………

Woonplaats:………………………………………………………………………………………...

Tel:……................................................................................................................................

Geeft hierbij gevolmachtigde toestemming tot het opvragen van zijn/haar medische gegevens.

Plaats:…................................... Datum: ….........................

Handtekening volmachtgever: …...................................................................................

**Naam gevolmachtigde:**………………………………………………………………………….

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………

Adres:……………………………………………………………………………………………….

Woonplaats:………………………………………………………………………………………...

Tel:.......................................................................................................................................

Plaats:…................................... Datum: ….........................

Handtekening gevolmachtigde: …....................................................................................