

**IEMAND ANDERS MACHTIGEN**

Wilt u een naaste toestemming geven om ten alle tijden de noodzakelijke informatie te verstrekken over uw ziektebeeld, de zorg en ondersteuning die u nodig heeft, over uw gezondheid en over uw woon/verblijfplaats?

Deze toestemmingsverklaring is met name bedoeld voor situaties waarin u zelf niet of onvoldoende in staat bent om uw medische belangen zelf goed te behartigen.

**HOE WERKT HET?**

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze machtiging.
2. Vul dit formulier volledig in.
3. Lever dit formulier in bij de assistente van huisartsenpraktijk Tholos.

**UW GEGEVENS**

Voornaam en achternaam .....

Straatnaam en huisnummer .....

Postcode en woonplaats .....

BSN .....

Geboortedatum .....

Telefoonnummer .....

Mobiel .....

Email .....

**IK GEEF TOESTEMMING AAN DE GEMACHTIGDE (= 1<sup>e</sup> contactpersoon)**

Voornaam en achternaam .....

Straatnaam en huisnummer .....

Postcode en woonplaats .....

Geboortedatum .....

Telefoonnummer .....

Mobiel .....

Email .....

Relatie tot patiënt .....

Plaats en datum ..... Handtekening .....