

Machtigingsformulier

voor het verlenen van medische informatie aan derden

Middels deze verklaring geef ik, ondergetekende, aan Ambulance IJsselland B.V. toestemming tot het verstrekken van (een deel van) mijn medisch dossier aan de met name genoemde persoon (Ontvanger).

Mijn gegevens

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Datum van zorgverlening:

Tijdstip van zorgverlening:

Ontvanger van de informatie

Naam derde partij:

Relatie tot patiënt: [Bijvoorbeeld: advocaat, verzekeraar, familie]

Adres: [Adres derde partij]

Doel van de informatieverstrekking

[Bijvoorbeeld: voor een second opinion, juridische procedure, verzekering, mantelzorg]

Om welke informatie gaat het

[Concreet omschrijven, bijvoorbeeld: medische diagnose, behandelplan, medicatieoverzicht, specialistische verslagen, gehele medisch dossier]

Ik ben mij ervan bewust dat het verstrekken van deze informatie kan leiden tot kennis over mijn medische situatie door bovengenoemde derde. Ik geef hiervoor uitdrukkelijk toestemming.

Deze machtiging is geldig tot en met
[datum of 'tot schriftelijke intrekking'].

Handtekening

Plaats:

Datum:

Handtekening patiënt: